

COMPARTIR EXPERIENCIAS, COMBATIR EL DOLOR

Una visión de la fibromialgia
desde el ámbito «bio-psico-social»

Coordinación de
Pilar Montesó-Curto y Lluís Rosselló Aubach

COMPARTIR EXPERIENCIAS, COMBATIR EL DOLOR

Una visión de la fibromialgia
desde el ámbito «bio-psico-social»

Coordinación de
Pilar Montesó-Curto
Lluís Rosselló Aubach



Tarragona, 2017

PUBLICACIONES DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona

Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat

www.publicacions.urv.cat



1ª. edición: marzo de 2017

ISBN (papel): 978-84-8424-544-5

ISBN (PDF): 978-84-8424-543-8

DOI: 10.17345/9788484245445

Depósito legal: T 224-2017



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

➤ Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Índice

Prólogo.....	7
¿Qué hay de nuevo en la fibromialgia?.....	13
<i>Lluís Rosselló Aubach</i>	
Mindfulness y fibromialgia.....	21
<i>Laura Bosa López, Josep Pifarré Paredero, Iolanda Batalla Llordés, Lluís Rosselló Aubach</i>	
Funciones cognitivas en la fibromialgia.....	53
<i>Olga Gelonch, Maite Carolera</i>	
Abordaje de la fibromialgia. Discursos desde la antropología.....	65
<i>Carme Campoy Guerrero</i>	
Factores asociados con el suicidio en pacientes con fibromialgia: una revisión actualizada.....	75
<i>Ruth Castelló Vicent, Pilar Montesó-Curto</i>	
El tratamiento multidisciplinario en la fibromialgia.....	93
<i>Anna Llàdser Navarro, Pilar Montesó-Curto, Lluís Roselló Aubach, Lina Casadó Marin, Núria Llàdser Navarro</i>	
Efectividad de tres tipos de intervenciones en pacientes con fibromialgia en una zona del sur de Cataluña. Estudio preliminar.....	119
<i>Pilar Montesó-Curto, Montserrat García-Martínez, Maria Luisa Panisello Chavarria, Sara Romaguera Genís, Sandra Ferré Almo, Maria Luisa Mateu Gil, Maria Teresa Cubí Guillén, Lidia Sarrió Colás, Antonio M.ª Sánchez Herrero, Teresa Salvadó Usach, Marylène Lejeune, Carmen Gómez Martínez, Carmen Ferré-Grau</i>	
Relación de ayuda o <i>counselling</i> en la interacción social y vida cotidiana de las personas con fibromialgia en un área rural de Cataluña (España).....	141
<i>Pilar Montesó-Curto, Maria Luisa Panisello Chavarria, Sara Romaguera Genís, Maria Luisa Mateu Gil, Montserrat García Martínez, Maria Teresa Cubí Guillén, Lidia Sarrió Colás, Carme Ferré-Grau</i>	
Contextualizar la vulnerabilidad: el diagnóstico psicosocial de género. El caso de la fibromialgia.....	159
<i>Margot Pujal i Llombart, Enrico Mora</i>	
Tabaco y fibromialgia.....	189
<i>Francesc Abella Pons</i>	

Prólogo

La fibromialgia (FM) está siendo objeto de profundo estudio en nuestro país en los últimos años por diferentes motivos, entre ellos su elevada incidencia, su todavía desconocida etiopatogenia, cronicidad y evolución variable, la ineficacia del tratamiento en la mayoría de las ocasiones y su carácter invalidante, con grave afectación de la calidad de vida de quien la padece. El interés que despierta la FM ha animado a esta editorial a publicar este libro.

El texto que se presenta ha sido elaborado por diferentes profesionales que trabajan en el ámbito asistencial, docente e investigador de diferentes universidades catalanas (Universitat de Lleida, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Rovira i Virgili). La finalidad es dar una visión lo más completa posible de las últimas investigaciones en FM realizadas tanto a nivel nacional como internacional. Para ello se han recopilado diferentes trabajos llevados a cabo por diferentes profesionales (reumatólogos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, antropólogos, sociólogos, documentalistas y estudiantes de grado de enfermería y doctorado).

Uno de los ámbitos prioritarios donde se ha realizado el trabajo de campo ha sido la Unidad de Fibromialgia, Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple del Hospital Universitario de Santa Maria de Lleida, la Facultad de Enfermería del Campus Terres de l'Ebre, el Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa y diferentes asociaciones de personas afectadas. En la actualidad, la Unidad de FM de Lleida representa con una gran fiabilidad este abordaje *bio-psico-social* y un ejemplo que seguir en el enfoque integrativo de esta enfermedad. También destacamos la importancia de la creación del servicio específico del síndrome de sensibilización central, que agrupa la FM, el síndrome de fatiga crónica y la sensibilidad química múltiple, en el Institut Català de la Salut de Terres de l'Ebre en el mes de julio de 2016.

En el primer capítulo, el Dr. Lluís Rosselló reflexiona sobre la etiopatogenia, diagnóstico, formas de inicio y factores desencadenantes de la FM, y afirma que sigue

siendo todavía una enfermedad desconocida, a pesar de disponer de diferentes hipótesis, por lo que provoca frustración en los médicos y personal sanitario en general. Como conclusión afirma que aún persisten muchos interrogantes sobre esta enfermedad, aunque el American College of Rheumatology realizó importantes avances. Nos propone líneas futuras de estudio.

En el segundo capítulo, la Dra. Laura Bosa y su equipo de colaboradores exponen la evidencia científica de las terapias basadas en el *mindfulness* en FM. En los últimos años, la literatura científica ha mostrado una alta eficacia de las terapias basadas en el MNDF en el tratamiento de la depresión, ansiedad, insomnio, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria y abuso y dependencias de sustancias. Entre las características principales del *mindfulness* está poner atención sin juzgar. Los mecanismos de acción son regulación de la atención, regulación emocional y cambio en la perspectiva del *self*.

Es bien conocida la pérdida de memoria y de concentración en la fibromialgia, y es en el tercer capítulo donde la Dra. Olga Gelonch analiza las posibles causas, las asociaciones y apunta cuál sería la mejor línea de tratamiento. Existen numerosas quejas cognitivas por parte de estos pacientes, que manifiestan problemas para concentrarse, problemas de memoria, en la expresión verbal y en las tareas de atención, que tienen repercusión a la hora del manejo de la vida cotidiana.

En el capítulo 4, Carme Campoy, fisioterapeuta y antropóloga, aporta elementos novedosos para reflexionar sobre la enfermedad, el dolor, así como la construcción social de la FM y de su identidad asociada al dolor. Desde el construccionismo social, la enfermedad está vinculada al ámbito social. La cultura del dolor tiene su significado y razón, y su tratamiento va a precisar todo nuestro empeño para el bien hacer, y no basta con saber, sino que hay que saber ser, como nos dice la autora.

En el capítulo 5, Ruth Castelló y Pilar Montesó examinan los estudios recientes que relacionan los comportamientos suicidas en los pacientes diagnosticados de FM, intentan conocer cuáles son los factores de riesgo de suicidio en personas con esta enfermedad y los motivos percibidos que les llevan a pensar o cometer el acto del suicidio. La FM es una enfermedad que se ha visto asociada a una alta prevalencia de comportamientos suicidas, en los que se incluyen tanto las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Sin embargo, la literatura referente al suicidio y a sus factores de riesgo en la FM es escasa. Se presentan los resultados de una revisión bibliográfica efectuada en las bases de datos PubMed, Scopus y CINHALL entre los años 2010 y 2014. Estos pacientes se sienten incomprendidos, tristes, frustrados y piensan que se les cuestiona la credibilidad de la FM, enfermedad que limita las actividades de la vida diaria. El riesgo de suicidio se debe a factores asociados como la depresión, el dolor crónico, ansiedad, sentimientos de carga, el desempleo y el uso de fármacos. Creemos

que el riesgo de cometer suicidio es un tema importante que se debe tener en cuenta en la práctica enfermera de relación de ayuda, así como para todos los profesionales sanitarios y no sanitarios.

El sexto capítulo explica qué es la FM y la necesidad que hay para aplicar un tratamiento holístico, denominado *tratamiento multidisciplinario*, ya que la evidencia científica relata que es la intervención más efectiva para esta patología. Es una parte de la tesis doctoral que está llevando a cabo Anna Llàdser, junto con sus tutores en la Universidad Rovira i Virgili, y el Dr. Lluís Roselló en el Hospital Universitario Santa María de Lérida. Se muestra una revisión sistemática de los artículos publicados entre 2010-2015, nacionales e internacionales, donde se aplica el tratamiento multidisciplinario en pacientes adultos que sufren FM. Se incluye el estado actual del tratamiento de la FM en la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde se plasman las dificultades por llevar a cabo las intervenciones que dicha patología precisa. Aun así, existen unidades especializadas en el manejo de la FM, como es el caso del Hospital Santa María de Lérida, donde se lleva a cabo el tratamiento multidisciplinario con grandes efectos sobre la salud de sus pacientes. Por este motivo, se ha decidido dedicarle un apartado para describir la Unidad y el tratamiento que ofrecen a sus pacientes.

El capítulo 7 analiza la eficacia de diferentes terapias en tres grupos de personas diagnosticadas de FM. Es fruto de una investigación realizada por un amplio equipo y financiada por la URV y el Banco de Santander en 2012-2014. Se sabe que existen diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar los síntomas de la FM, aunque por el momento no se dispone de ningún tratamiento totalmente efectivo. Además, el tratamiento del dolor crónico es complejo, ya que las relaciones entre depresión y dolor son estrechas. En el primer grupo, realizamos infiltración de la zona cervical con toxina botulínica; en el segundo, terapia cognitivo-conductual denominada *terapia de resolución de problemas grupal* (TRPG), y en el tercero, las dos terapias (infiltración + TRPG). La TRPG disminuye los síntomas de ansiedad y depresión de las personas con FM; en cambio, en nuestro estudio no reduce el dolor de manera significativa. Los resultados relativos al grupo al que solo se le administraba la infiltración muestran una disminución del dolor superior a los otros dos grupos. Por lo que, en nuestro estudio, la infiltración es la técnica que se muestra más efectiva en el control del dolor y también reduce la ansiedad/depresión, aumentando la percepción positiva de la salud, pero no reduce los pensamientos de suicidio.

El octavo capítulo indaga en los principales problemas que identifican las personas afectadas para mejorar su interacción social y también su vida cotidiana. El estudio incorpora a 44 personas diagnosticadas de FM a partir de seis grupos en los que se efectúa la terapia de resolución de problemas grupal (TRPG). Los problemas principales manifestados son el dolor, la sobrecarga física y emocional, el sentimiento de ago-

bio y rabia, las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, los problemas de memoria, la dificultad para la movilidad, las alergias, la soledad e incomprensión, la ansiedad, la depresión, la poca ayuda de la pareja y el maltrato. Los grupos son conducidos por profesionales de enfermería de la URV, y creemos que estos hallazgos servirán de ayuda para mejorar el autocuidado de las personas con FM cambiando las conductas inadaptadas e incorporando el enfoque de género. Serán relevantes para el diseño e implementación de intervenciones en la práctica comunitaria de enfermería tanto a nivel nacional como internacional.

En el capítulo 9 Margot Pujal y Enrico Mora presentan el desarrollo de una herramienta metodológica de diagnóstico orientada al campo de la salud pública, la cual, de manera transdisciplinar, articula las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud humana desde una perspectiva y epistemología posestructuralista y crítica de género, a la que se ha denominado *diagnóstico psicosocial de género*, y cuyo objetivo es su articulación con el diagnóstico clínico de fibromialgia, a partir de un trabajo transdisciplinar entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Dicha propuesta se elaboró en el marco de la investigación *Les veus silenciades en temps «d'igualtat». El dolor des d'una perspectiva de gènere [Las voces silenciadas en tiempos de «igualdad». El dolor desde una perspectiva de género]* (financiada en convocatoria competitiva por el Institut Català de les Dones, 2010-2011), centrada en el estudio del dolor crónico (DC) sin causa orgánica, comúnmente conocido en el campo biomédico como *fibromialgia* (FM). Con esta herramienta se suma a los esfuerzos que desde las ciencias sociales se llevan a cabo para reconceptualizar la salud, que tradicionalmente ha sido definida y delimitada desde el discurso y la praxis biomédica que toma como dato fundamental para el diagnóstico de la salud las evidencias de orden biológico y el cuerpo como dato meramente biológico y no sistémico. La contribución se focaliza en el nivel metodológico y operativo del debate sobre la salud como un proceso sistémico y dinámico biopsicosocial.

En el capítulo 10, Francesc Abella presenta un trabajo en el que relaciona tabaco y dolor, así como emociones negativas y consumo de tabaco. Describe cómo el tabaco puede influir en diferentes enfermedades, su relación con muchos de los síntomas de la fibromialgia, la cronicidad, la depresión primaria o secundaria, y se analiza el beneficio de abandonar el hábito tabáquico.

Los coordinadores y los autores de este libro queremos señalar que no es un protocolo ni una guía clínica que seguir, sino que pretendemos contribuir al conocimiento de la FM desde una perspectiva *bio-psico-social* a través de diferentes investigaciones efectuadas por profesionales del ámbito sanitario pero también social. Creemos que puede aportar mecanismos para que los clínicos puedan ayudar a mitigar el dolor, la depresión, los pensamientos de suicidio y observen la enfermedad bajo un paradig-

ma constructivista donde lo social se vislumbra entre el estigma y el significado que la sociedad otorga al sujeto afecto de fibromialgia.

En definitiva, esta obra puede resultar interesante para los profesionales de la salud (enfermeras, médicos, reumatólogos, psicólogos, anestesiólogos...), pero también para los profesionales del ámbito social (antropólogos, sociólogos, psicólogos sociales...), para los estudiantes de grado, máster y doctorado que quieran seguir esta línea de investigación o estén interesados en ella, así como para todas aquellas personas que tengan interés o simple curiosidad por esta área.

Agradecemos a Publicacions URV, especialmente a Jaume Llambrich y Magalí Urcaray, su colaboración para elaborar este libro.

¿Qué hay de nuevo en la fibromialgia?

Lluís Rosselló Aubach¹

1. Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica, de evolución variable, que en muchas ocasiones provoca diferentes grados de invalidez en quien la padece y afecta de manera severa la calidad de vida. A pesar de ser considerada claramente una enfermedad, ya reconocida por primera vez en 1992, de tener un código (M79-7) asignado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de ser objeto de la Declaración n.º 62/2008 del Parlamento Europeo y de ser reconocida también por la gran mayoría de Academias Nacionales de Medicina, sigue siendo motivo de frustración para los médicos que asisten a quien padece la enfermedad, y la etiopatogenia sigue siendo desconocida a pesar de disponer de diferentes hipótesis y haber cientos de trabajos destinados a dar explicación ya sea genética, inmunológica, psicológica o de ser considerada consecuencia de la afectación de la modulación del dolor. La ausencia de alteraciones analíticas, biológicas, la normalidad en las pruebas de imagen de que disponemos en la actualidad y la poca respuesta al arsenal terapéutico que se ha intentado, añade cierto escepticismo, incluso a las mismas personas afectadas.

A esta comentada frustración por parte de médicos y pacientes debe sumarse la dificultad de reconocimiento por parte de todo un entorno familiar, social, profesional o laboral, que hará en muchas ocasiones caer en la dicotomía entre dolor somático verdaderamente orgánico que se le supone o dolor imaginario.

A pesar de ello, la fibromialgia es una realidad clínica, que se presenta como un síndrome encuadrado en la reciente clasificación de síndromes de sensibilización del sistema nervioso central (SSC), conjuntamente con el síndrome de la fatiga crónica,

¹ Reumatólogo. Jefe clínico de la Sección de Reumatología y Unidad de Fibromialgia del Hospital Universitario de Santa María de Lleida.

la sensibilidad química múltiple o la electrohipersensibilidad. Además, tiene un sitio muy bien definido e importante en muchos congresos científicos, en grandes revistas de la especialidad y en tratados de medicina. Por otra parte, actualmente se explica y se enseña en las diferentes facultades de Ciencias de la Salud.

Otro factor que motiva el interés por la enfermedad es su elevada incidencia. Diferentes estudios epidemiológicos detectan su prevalencia en alrededor del 3-4% de mujeres adultas en España.

Sin embargo, a pesar de su alta incidencia, de su protagonismo creciente en la sociedad, o su cada vez más comprendida etiopatogenia, el debate sigue abierto respecto a si la FM es una enfermedad en sí misma o si se trata de un conjunto de síntomas que conforman un síndrome. Todavía no está bien clarificado a quién tiene que acudir el paciente para su diagnóstico y seguimiento: si al médico de atención primaria y especialista en medicina familiar y comunitaria, al reumatólogo, al neurólogo, al médico internista o al endocrinólogo. Muchos de los síntomas que padecen los afectados son similares a los de otras enfermedades, como la fatiga del síndrome de la fatiga crónica, la sequedad del síndrome de Sjögren, la intolerancia al gluten de la celiaquía, la cefalea migrañosa, las disestesias que aparentan neuropatía o los síntomas ansioso-depresivos de cualquiera de estas enfermedades.

En este artículo se pretende hacer una revisión epidemiológica, etiopatogénica y diagnóstica con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre la enfermedad.

2. Epidemiología

Entre las enfermedades causantes de dolor crónico, la FM es la más frecuente. Su incidencia se cifra entre el 2,5 y 4% de la población general, con un alto predominio femenino que puede llegar al 80%, y se estima que siguen apareciendo tres casos nuevos por cada 5000 habitantes y año. Un estudio muy reciente, a partir de los nuevos criterios ACR 2010 y realizado en Alemania, cifra la prevalencia en el 2,1% (Mas, 2008). La edad media de diagnóstico es entre 35-50 años, aunque puede afectar también a niños y adolescentes con una incidencia de entre el 1,2 y 6% según los estudios (Wolfe *et alii*, 2013) y con predominio en niñas también.

La FM afecta a más de 160 000 personas en Cataluña, a un millón de españoles y a quince millones de europeos, y probablemente estas cifras se quedan cortas por el gran número de personas sin diagnosticar, especialmente hombres, muchas veces por simple desconocimiento de la enfermedad o por negarse la existencia de la enfermedad incluso desde círculos sanitarios.

La FM no es un síndrome limitado a una región concreta; su distribución puede considerarse mundial y ningún país está exento de la enfermedad, y tampoco distingue entre zona rural o urbana.

Es interesante comentar que la FM es más prevalente que los reumatismos inflamatorios como la artritis reumatoide, cuya incidencia oscila entre el 0,3-0,5 %. Del 10 al 25 % de las consultas de reumatología son por la FM, solo por debajo de la artrosis (Bannwarth *et alii*, 2009; Branco *et alii*, 2010).

3. Formas de inicio y factores desencadenantes

Es posible encontrar FM ya en edades tempranas, pero en la mayoría de ocasiones suele debutar a partir de los 40 años, y la forma de inicio suele ser muy heterogénea. A diferencia de otras enfermedades como el síndrome de la fatiga crónica, con inicio que puede ser brusco, secundario a un proceso vírico o acontecimiento vital, la FM, sin embargo, suele ir precedida muchas veces de signos precursores de años de evolución, como puede ser un vértigo, migraña, cervicalgia o lumbalgia, epicondilitis crónica, un síndrome miofascial o alteraciones del sueño, y en carácter alternante con frecuentes periodos de remisión.

Son muchos los factores considerados como desencadenantes de la enfermedad. Se ha relacionado con factores personales o familiares afectivos, como una separación o divorcio, un duelo, o un alejamiento del entorno familiar. También con factores físicos, como un accidente con traumatismo cervical, síndrome del latigazo, una intervención quirúrgica de raquis, un politraumatismo con desarrollo de un síndrome de estrés postraumático, o un proceso infeccioso por borrelia, gripe, mononucleosis infecciosa, hepatitis B o C, HIV o por herpesvirus. Muchas enfermedades causantes de dolor crónico, ya sean inflamatorias o neurológicas, también pueden asociar clínica de fibromialgia durante la evolución (Cadenne, 2012).

Y estos factores considerados desencadenantes de la FM podrían serlo por el supuesto estímulo doloroso del sistema nervioso central y la disminuida respuesta que ofrecen las personas afectadas.

4. Etiopatogenia

La causa y etiopatogenia de la FM sigue siendo desconocida. Muchos factores la relacionan con una disfunción del sistema nervioso central y autónomo, pero también con la implicación de neurotransmisores, hormonas, sistema inmune, factores genéticos, estresores externos o aspectos psiquiátricos diversos, entre otros.

La FM se presenta como una alteración en la modulación del dolor con una reacción exagerada a los estímulos dolorosos o no dolorosos. Y esto se traduce en un aumento de la percepción del dolor en zona de presión, en zonas vecinas del estímulo o incluso distantes. Pero a pesar de que esta percepción dolorosa nociceptiva parezca asociada a lesión tisular, no se ha encontrado en la actualidad ninguna lesión anatómica en los tejidos dolorosos.

Diferentes pruebas de imagen funcional cerebral, como la RMN, PET SCAN o la escintigrafía, apoyarían las hipótesis de un mal funcionamiento del control central del dolor con anomalías en el riego sanguíneo en zonas concretas del cerebro (Nebel y Gracely, 2012).

A nivel cerebral se dan muchas reacciones bioquímicas que, en caso de estrés, regulan la secreción de algunos neurotransmisores como la serotonina, y en la FM se ha visto déficit de este, así como un aumento de la sustancia P, neurotransmisor también implicado en el dolor.

En la FM también se ha observado una baja secreción global de cortisol. La reacción normal al estrés implica al eje hipotálamo-hipofisario: el cerebro envía una estimulación a las glándulas suprarrenales que secretan el cortisol, hormona que permite resistencia al estrés. Así, en la FM, en respuesta al estrés no se observa este aumento tan importante del cortisol, lo que origina una mala reacción fisiológica al estrés [...]. Del mismo modo, también se ha observado hiperactividad del sistema nervioso simpático y desaceleración del parasimpático, con consecuente disfunción del sistema nervioso vegetativo y que justificaría muchos de los síntomas de la FM, como son el colon irritable, la sequedad, las palpitaciones, la hipotensión ortostática, las alteraciones de la concentración o la vejiga irritable, entre otros (Mease, 2009).

Sobre el predominio femenino en la FM existen muchas teorías. Las hormonas sexuales deben desempeñar, sin duda, un papel muy importante en la percepción: la testosterona sería protectora contra el dolor; en cambio, la progesterona y los estrógenos son pronociceptivos. El neurotransmisor serotonina, implicado en la FM, sigue vías metabólicas diferentes en hombres y mujeres. En la FM se ha constatado la casi remisión de la sintomatología durante el embarazo y la recidiva después del parto. Las mujeres perciben el dolor crónico de manera más intensa y prolongada, y los mecanismos de control de este dolor son más potentes en el hombre. Estudios de imagen funcional cerebral han mostrado que, después de un estímulo doloroso, las mujeres activan de manera menos eficaz el sistema endógeno de control del dolor.

Las alteraciones del sueño se observan en casi el 90 % de personas afectadas por FM, aunque no está del todo comprobado que sea causa; más bien podría ser consecuencia, por el hecho de ser un sueño en un organismo en estado crónico de estrés. Suele ser un sueño no reparador, ligero e inestable, y que asocia con frecuencia astenia,

alteraciones del ritmo intestinal, rigidez con sensación de descargas musculares y pesadillas. Mejorar el sueño repercute claramente en la mejoría de varios de los síntomas más frecuentes de la FM, como son el dolor y la fatiga (Roth *et alii*, 2012).

Los factores genéticos actualmente son considerados los más importantes en la patogenia de la FM. La agregación familiar es muy fuerte y el riesgo se multiplica por 8,5 en parientes de primer grado de un paciente con FM. Es fácil encontrar a varios miembros de una misma familia afectados a la vez. Sin embargo, no se sabe todavía cuál es la variación genética predisponente. Ningún HLA ha sido implicado. Se ha publicado la existencia de polimorfismo de los genes del transporte de la serotonina. Otros candidatos podrían ser los genes de receptores de opioides, los polimorfismos de la enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT), que degrada la dopamina y las catecolaminas. Además, las alteraciones que se han encontrado en la función de las citocinas y en el flujo sanguíneo dirigido al tálamo del cerebro están presentes también en la depresión, el síndrome del colon irritable y en la fatiga crónica (Buskila, Sarzi-Puttini y Ablin, 2007).

Hasset *et alii* y Sibille *et alii* (2012) han estudiado la relación de los fenómenos dolorosos de la FM con relación a la longitud de los telómeros, definidos estos como fragmentos de ADN no codificantes situados en el extremo de los cromosomas. La degeneración de estos telómeros se considera marcador biológico de envejecimiento. Los estudios referenciados muestran relación entre la intensidad de los fenómenos dolorosos y el envejecimiento (Sibille, 2012).

El papel del gluten sobre la patogenia de la FM es discutido. Es frecuente encontrar en las personas afectadas de FM diferentes alteraciones digestivas, como el colon irritable, intolerancias alimentarias o dolor abdominal. Muchos pacientes no diagnosticados de enfermedad celiaca comentan mejoría de su salud con el régimen sin gluten. Otros factores ambientales implicados han sido la intolerancia a la lactosa o la hipersensibilidad al níquel (Muscatell, 2012; Pizzutelli, 2011).

La asociación con fenómenos depresivos es muy frecuente en la FM hasta el punto de figurar como elemento diagnóstico de los nuevos criterios de la ACR 2010, ausente en los anteriores de 1990. La ansiedad también es frecuente, aunque en muchas ocasiones parece que se le da menos importancia. El problema, sin embargo, reside en saber si estas manifestaciones psíquicas son causa o consecuencia de la enfermedad. Es sabido que el dolor crónico general o local agrava la angustia y deprime a quien lo padece (Bair, Robinson, Katon y Kroenke, 2003).

También se ha involucrado en la etiopatogenia de la FM a diferentes procesos infecciosos y, en especial, al virus de la hepatitis C, HIV, Coxsackie, Borrelia o el parvovirus B19, pero existen muchas dudas sobre el papel que representan, y lo mismo ocurre con vacunaciones o agentes químicos diversos (Ablin, Schoenfeld y Buskila, 2006).

5. Diagnóstico

Sin duda alguna, el diagnóstico es muy importante para cualquier enfermedad, pero en la FM adquiere un interés especial, debido al hecho de que incluso hoy en día más de un paciente sigue oyendo por parte de muchos profesionales que se trata de una enfermedad producto de la imaginación; sin embargo, se trata de una enfermedad bien real y reconocida. El paciente a menudo siente cierta liberación cuando se le comunica que padece FM y, además, a partir de saber lo que produce su sintomatología se reduce sobremedida el consumo de recursos médicos e incluso quirúrgicos. Establecer prontamente el diagnóstico permite también iniciar el tratamiento.

El diagnóstico se basa en los síntomas de los pacientes, fundamentalmente dolor difuso y crónico que, en la exploración, aumenta con la presión de múltiples puntos extraarticulares; en cambio, la valoración músculo-esquelética y neurológica es normal en la FM. No existe en la actualidad ninguna prueba específica analítica, de imagen ni patológica para asegurar el diagnóstico, a pesar de que se tienen que excluir otras enfermedades que podrían simular la FM o enfermedad asociada.

El American College of Rheumatology (ACR), en el año 1990 y bajo la dirección de F. Wolfe (Wolfe *et alii*, 2006), publicó los resultados de un amplio estudio caso/control sobre lo que se propuso como primeros criterios de la FM, y que fueron rápidamente aceptados por la mayoría de la comunidad científica. Estos criterios exigían la presencia de dolor generalizado en los cuatro cuadrantes del cuerpo, de más de tres meses de duración y junto a la presencia de, al menos, once puntos concretos de dolor a la presión de dieciocho posibles. Con ello se conseguía una sensibilidad y especificidad superior al 85 % para diagnóstico diferencial en la FM y otras enfermedades reumáticas. Aunque nacieron como criterios de clasificación e investigación, han sido ampliamente usados como diagnóstico incluso a pesar de ser criticados desde el principio, por la poca duración de los síntomas necesarios (tres meses), el no incluir síntomas tan frecuentes en los pacientes como son la fatiga, las alteraciones del sueño, la clínica ansioso-depresiva o los problemas cognitivos, entre otros. Se estimó, además, que hasta un 20 % de pacientes con FM podían no cumplir el criterio de los puntos de dolor (Wolfe, 2003), y el mismo Wolfe convenció a la ACR y a reumatólogos norteamericanos para poner en juego unos nuevos criterios diagnósticos (Wolfe *et alii*, 2011), y quizás la modificación más espectacular era la supresión del examen de, precisamente, los puntos de dolor. En su lugar se introdujo un índice de dolor difuso (IDG) establecido por interrogatorio de dolor entre 19 lugares posibles, otro índice donde se valora la severidad de los síntomas (ISS) y la valoración del grado de cansancio, las alteraciones del sueño, síntomas cognitivos y somáticos generales.

Los nuevos criterios sin duda han facilitado el diagnóstico por médicos generalistas y especialistas, el tratamiento y la investigación. Además, han sido validados por diferentes grupos, como también en la población española (Segura-Jiménez *et alii*, 2014).

6. Conclusión

Todavía persisten muchos interrogantes sobre la FM. Su incidencia va claramente en aumento, pero la etiopatogenia sigue sin ser clara a pesar de la inclusión en su estudio de modernas pruebas de neuroimagen funcionales. La publicación de los recientes criterios de la ACR 2010 ha representado una gran ayuda para su mejor diagnóstico y para diferenciarla de otras enfermedades similares.

7. Bibliografía

- ABLIN, J.N.; SCHOENFELD, Y.; BUSKILA, D. (2006). «Fibromyalgia, infection and vaccination: two more parts in the etiological puzzle». *Journal of Autoimmunity* 3, 145-152.
- BAIR, M.J.; ROBINSON, R.L.; KATON, W.; KROENKE, K. (2003). «Depression and pain comorbidity: a literature review». *Archives of Internal Medicine* 163, 2433-45.
- BANNWARTH, B.; BLOTMAN, F.; ROUÉ-LELAY, K. et alii (2009). «Etude de la prevalence de la fibromyalgia dans la population française». *Rev Rhum* 76, 274-8.
- BRANCO, J.C.; BANNWARTH, B.; FAILDE, I. et alii (2010). «Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries». *Semin Arthritis Rheum* 39, 448-453.
- BUSKILA, D.; SARZI-PUTTINI, ABLIN, J.N. (2007). «The genetics of fibromyalgia syndrome». *Pharmagenomics* 8, 67-74.
- CADENNE, M. (2012). «La fibromyalgia: quels sont les résultats des dernières études?». *Rhumatos* 9, 381-5.
- MAS, A.J.; CARMONA, L.; VALVERDE, M.; RIBAS, B. (2008). «Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general populations: results from a nation-wide study in Spain». *Clin Exp Rheumatol* 26, 519-26.
- MEASE, P.J. (2009). «Ed. Fibromyalgia». *Rheum Clin Dis North Am* 35, 215-445.
- MUSCATELL, K.A. (2012). «A Social Neuroscience Perspective on Stress and Health». *Soc Personal Psychol Compass* 6, 890-904.
- NEBEL, M.B.; GRACEY, R.H. (2009). «Neuroimaging of fibromyalgia». *Rheum Dis Clin North Am* 35, 313-27.
- PIZZUTELLI (2011). «Systemic nickel hypersensitivity and diet: myth or reality?». *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 43, 5-18.
- ROTH, T.; LANKFORD, D.A.; BHADRA, P. et alii (2012). «Effect of pregabalin on sleep in patients with fibromyalgia and sleep maintenance disturbances». *Arthritis Care Res* 64, 597-609.

- SEGURA-JIMÉNEZ, V.; APARICIO, V.A.; ÁLVAREZ-GALLARDO, I.C. *et alii* (2014). «Validation of the modified 2010 ACR diagnostic criteria for fibromyalgia in a Spanish population». *Rheumatology (Oxford)* 53, 1803-11.
- SIBILLE, K.T.; WITEK-JANSEK, L.; MATTEWS, H.L. *et alii* (2012). «Telomere and epigenetics. Potential relevance of chronic pain». *Pain* 13, 959-69.
- WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNNUS, M.B. *et alii* (1990). «The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee». *Arthritis Rheum* 33, 160-72
- WOLFE, F. (2003). «Stop using the ACR criteria in the clinic». *J Rheumatol* 8, 1671-2.
- WOLFE, F.; CALUW, D.J.; FITZCHARLES, M.A. *et alii* (2011). «Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies. A modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia». *J Rheumatol* 38, 1113-22.
- WOLFE, F. *et alii* (2013). «Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: result from a survey of the general population». *Arthritis Care Res* 65, 777-85.

Mindfulness y fibromialgia

Laura Bosa López,¹ Josep Pifarré Paredero,²

Iolanda Batalla Llordés,³ Lluís Rosselló Aubach⁴

1. Introducción

En los últimos años hay un interés creciente por las técnicas basadas en el *mindfulness* (MNDF) que ha dado lugar a un incremento exponencial de los estudios sobre esta terapia (Allen, Chambers, Knight y MAMIG, 2006).⁵

Aunque los inicios del MNDF se sitúan en los años setenta, sus raíces se remontan cuatro mil años atrás a algunas tradiciones contemplativas, culturales y filosóficas, como por ejemplo, la meditación hindú, que tenía como objetivo conseguir salud física y mental, ecuanimidad emocional y perfeccionamiento de la condición humana. Ya Buda describía las prácticas meditativas como disciplinas físicas y mentales que podían ayudar a transformar la mente para entender la misma consciencia. Él entendía que cuerpo y mente pueden ser el vehículo para una profunda experiencia de trascendencia que llevara a un sentimiento de bienestar personal y una forma más evolucionada del ser humano (Didonna, 2009).

1 Psicóloga Clínica. UHEFM Hospital Universitario de Santa María de Lleida.

2 Psiquiatra. Director del Departament de Psiquiatria y Salut Mental del Hospital Universitario de Santa María de Lleida.

3 Psiquiatra. Coordinadora HDPa. Hospital Universitario de Santa Maria de Lleida.

4 Reumatólogo. Jefe clínico de la Sección de Reumatología y Unidad de Fibromialgia del Hospital Universitario de Santa María de Lleida.

5 Abreviaciones utilizadas:

MNDF *Mindfulness*
FM *Fibromialgia*
MBSR *Mindfulness Based Stress Reduction*
MBCT *Mindfulness Based Cognitive Therapy*
MBI *Mindfulness based interventions*

El interés de la ciencia occidental por la meditación se inició en la década de los setenta con los trabajos de Herbert Benson, sobre la respuesta de relajación, y de Ainslie Meares, sobre el efecto de la meditación en el control del dolor, ansiedad y manejo del cáncer (Allen *et alii*, 2006). Más conocidos son los trabajos de John Kabat Zinn, uno de los pioneros en integrar la medicina occidental con las técnicas budistas, que observó beneficios en el manejo del dolor y la salud general, así como en el malestar psicológico (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1986; Kabat-Zinn *et alii*, 1998).

La incorporación de técnicas meditativas en psicoterapia inicia la tercera ola de psicoterapia (Hayes, 2004). Esta tercera ola incluye psicoterapias basadas en los principios del MNDF, junto con otros temas tales como aceptación, defusión cognitiva, dialéctica, valores, espiritualidad y relaciones (Hayes, 2004).

No obstante, la eficacia de los entrenamientos en MDNF se ha ido extendiendo a otros ámbitos de la salud, así como en los trastornos psiquiátricos. En los últimos años, la literatura científica ha mostrado una alta eficacia de las terapias basadas en el MNDF en el tratamiento de la depresión (Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof y Baer, 2011; D'Silva, Poscablo, Habousha, Kogan y Kligler, 2012; Ma y Teasdale, 2004) y prevención de recaídas en depresión (Teasdale, 1999; Teasdale, Segal y Williams, 1995), ansiedad (Boettcher *et alii*, 2014; Bolognesi, Baldwin y Ruini, 2014; Cotton *et alii*, 2015; Kabat-Zinn *et alii*, 1992; Lee y Orsillo, 2014; Mennin, Fresco, Ritter y Heimberg, 2015; Reinholt y Krogh, 2014; Richards, Richardson, Timulak y McElvaney, 2015; Roemer, Williston, Eustis y Orsillo, 2013), insomnio (Harumi Kozasa *et alii*, 2010; Ong, Ulmer y Manber, 2012), trastorno obsesivo-compulsivo (Ludvik y Boschen, 2015), trastornos de la conducta alimentaria (Cowdrey y Park, 2012; Katterman, Kleinman, Hood, Nackers y Corsica, 2014; O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz y Black, 2014; Wanden-Berghe, Sanz-Valero y Wanden-Berghe, 2011) y abuso y dependencia de sustancias (Bowen *et alii*, 2014; Nakamura *et alii*, 2015). Asimismo, ha mostrado eficacia en el ámbito de la salud ofreciendo beneficios generales (Shigaki, Glass y Schopp, 2006) y como coadyuvante en diferentes patologías, como hipertensión arterial (Nejati, Zahiroddin, Afrookhteh, Rahmani y Hoveida, 2015), diabetes *mellitus* (Keyworth *et alii*, 2014), cáncer (Zainal, Booth y Huppert, 2013), enfermedad vascular (Abbott *et alii*, 2014) y coronaria (Ray *et alii*, 2014), incorporándose así el entrenamiento en MNDF en la clínica hospitalaria y comunitaria y ofreciendo estrategias de manejo del dolor y reducción del estrés (Allen *et alii*, 2012).

2. Aspectos conceptuales del *mindfulness*

El *mindfulness* es un proceso puramente experiencial y no verbal, hecho que dificulta su definición. John Kabat Zinn (2003), pionero del MNDF, lo define como:

la conciencia que sale de prestar atención intencionadamente en el momento presente y sin juzgar las experiencias que se desarrollan en cada momento.

Bishop habla del MNDF como dos procesos diferenciados (Bishop *et alii*, 2004):

Autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, que permite así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales del momento presente.

Adoptar una orientación particular hacia la propia experiencia, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación.

La práctica del MNDF implica atención focalizada en la experiencia de pensamientos, emociones y sensaciones corporales, simplemente observando y dejando que emerjan y pasen (Holzel *et alii*, 2011). No obstante, puede ser cultivada por una amplia variedad de técnicas que incluyen componentes meditativos (Allen *et alii*, 2006).

3. Características principales

Diferentes autores identifican las características que definen y avalan los beneficios del MNDF (Allen *et alii*, 2006; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006).

- ✦ Poner atención de forma particular, hecho que requiere ser consciente de la forma en que se pone atención y hacia dónde (metacognición). El control de la atención es una condición necesaria para la dirección activa de esta, a la vez que puede tener beneficios por sí misma, ya que permite descentrar los pensamientos, entendiéndolos tan solo como pensamientos o eventos mentales transitorios, más que directas representaciones de la realidad (Allen *et alii*, 2012; Allen *et alii*, 2006; Bishop *et alii*, 2004; Mason, Hargreaves, Mason y Hargreaves, 2001; Teasdale, Segal y Williams, 1995; Teasdale, 1999). En este sentido, el MNDF es atencional: pone el foco de atención momento a momento, en la experiencia tanto interna como externa, desde el aquí y ahora.
- ✦ Poner atención de forma intencionada en el momento presente de la experiencia, implicando la identificación y control de las rumiaciones o imaginación sobre pasado o futuro. MNDF puede tener un rol, no tan solo en vivir el presente, sino en permitir que la experiencia momento a momento ocupe el espacio atencional y disminuya la actividad mental relacionada con preocupaciones, recuerdos o procesamiento innecesario de la información.

Poner atención en el momento engloba ser capaz de mantener el foco en el contenido tal y como emerge, y, por tanto, poner atención en el afecto negativo, sensaciones físicas, pensamientos o imágenes estresoras, proceso inverso a la evitación experiencial o distracción de la experiencia. La evitación experiencial, aun siendo una estrategia adecuada cuando el estresor es transitorio, es una respuesta maladaptativa para el dolor prolongado o el distrés severo. La evidencia sugiere que tanto el intento de control de la emoción como el afrontamiento por supresión o evitación predicen resultados pobres a largo plazo. La reducción de la evitación del afecto negativo y pensamientos permite la exposición a las experiencias y su aceptación, mediante un mecanismo de desensibilización (Allen *et alii*, 2006). Por otro lado, Shapiro *et alii* (2006) refieren que es necesaria una clara intención en la dedicación al MNDF con un objetivo concreto: el porqué practicar, ya que los estudios muestran que los resultados son acordes con el objetivo propuesto (Shapiro *et alii*, 2006)

- Poner atención sin juzgar, que favorecería la extinción del lenguaje evaluador literal, uno de los principales mecanismos involucrados en los beneficios del MNDF (Hayes y Shenk, 2004; Hayes y Wilson, 2003). MNDF anima a experimentar simplemente, más que evaluar, la experiencia, reduciendo la tendencia a la dicotomía, etiquetaje, categorización y evaluación, potenciando la flexibilidad cognitiva y la capacidad de adaptación conductual, incrementando la abertura a la experiencia y aceptación, reduciendo la tendencia a etiquetar las experiencias como enemigas (Allen *et alii*, 2012). Es necesario poner atención con actitud de aceptación, bondad, apertura, curiosidad, paciencia, ecuanimidad, sin juzgar. Bishop llama a esta cualidad *orientación a la experiencia* (Bishop *et alii*, 2004).

4. Mecanismos de actuación

Ante los efectos positivos del MNDF, la ciencia ha intentado buscar cuáles son los mecanismos subyacentes a este método, intentando integrar en un marco teórico comprensivo la perspectiva conceptual, psicológica y conductual actual (Tang y Posner, 2013). Así pues, según las características principales anteriormente descritas, Shapiro propone una teoría basándose en estos tres principios del MNDF, donde identifica un mecanismo principal (*metamecanismo*) y cuatro mecanismos secundarios (Shapiro *et alii*, 2006). Entiende que a través del MNDF la persona se puede desidentificar de los contenidos de la conciencia y puede ver la experiencia con mayor claridad y objetividad. A esto lo llama *repercepción*, proceso que implica un cambio de perspectiva. Sería similar

al proceso de *defusión* de Hayes (2004), el cual enfatiza el cambio de relación con los pensamientos más que el cambio de los contenidos del pensamiento. Este mecanismo principal incrementa la flexibilidad cognitiva permitiendo una mayor adaptación al ambiente. Los otros cuatro mecanismos son la autorregulación, secundaria al proceso de reperiencia, la clarificación de valores, la flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, y la exposición a los pensamientos o emociones que permite el proceso de desensibilización.

Un artículo reciente refiere tres mecanismos principales en función del correlato neuropsicológico: el control de la atención, la regulación emocional y la autoconsciencia (Tang, Hölzel y Posner, 2015).

1) Control de la atención

Este es un mecanismo principal: la persona fija la atención en un objeto de forma sostenida y, cuando la atención se desvía, la devuelve al objeto. La práctica regular cultiva la regulación atencional y mejora tanto la ejecución atencional como la capacidad para luchar contra memorias o pensamientos distractores del presente. Mediante estudios de neuroimagen se ha mostrado la implicación del córtex cingulado anterior (Cahn y Polich, 2006)

2) Regulación emocional

La regulación emocional se refiere a las estrategias que pueden influir en qué emociones afloran y cuándo, su duración y cómo se expresan y experimentan. Se han propuesto diferentes mecanismos de regulación emocional, tanto implícitos como explícitos. La literatura sugiere cómo la práctica del MNDF mejora la regulación emocional, tal y como muestran estudios sobre conductancia de la piel (Goleman y Schwartz, 1976) o estudios neuropsicológicos sobre interferencia emocional (Feldman, Greeson y Senville, 2010; Jain *et alii*, 2007; Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong y Gelfand, 2010; Ortner, Kilner y Zelazo, 2007). Un estudio con EEG ha encontrado que MBSR incrementa la activación cerebral anterior izquierda, relacionada con la experiencia de emociones positivas (Davidson, 1992). Los mecanismos neurales implicados son, principalmente, los sistemas de control prefrontal, concretamente el córtex prefrontal dorsolateral, que modulan los sistemas emocionales como la amígdala mediante una influencia inhibitoria *top-down* (Davidson, 2000), el córtex orbitofrontal y el cingulado anterior, implicados en el proceso de revalorización (Ochsner, Bunge, Gross y Gabrieli, 2002). Por otro lado, la parte ventral del córtex prefrontal está implicada en la inhibición. Hay diferentes estrategias de regulación emocional mediante el MNDF. Ochsner y Gross (2005) hablan de regulación conductual mediante lo que serían técnicas de ex-

posición, extinción y reconsolidación, y de regulación cognitiva mediante la regulación atencional: *reappraisal* o revalorización (Ochsner y Gross, 2005). Este concepto estaría relacionado con la regulación emocional y la conciencia corporal.

3) Autoconsciencia: cambio en la perspectiva del *self*

Finalmente, este último mecanismo está relacionado con lo que Shapiro *et alii* (2006) llaman *repercepción*. Estos autores sostienen que la defusión con los propios contenidos de la conciencia, así como la desidentificación o diferenciación de estos contenidos del propio sentido del *self*, permite tener una perspectiva de observador y liberarse, entendiendo el yo no como algo permanente, sino como un conjunto de estados transitorios. Esta función la sitúa en el córtex prefrontal medial (Kelley *et alii*, 1989) y en el córtex cingulado anterior (Schmitz y Johnson, 2007).

Relacionado con la conciencia del *self* está la conciencia corporal. La práctica del MNDF incrementa la capacidad de darse cuenta de los estados del cuerpo con mayor claridad perceptual de interocepción sutil. La conciencia corporal está implicada en la regulación emocional en cuanto que desempeña un rol importante en la experiencia consciente de las emociones, condición principal para regularlas. La conciencia corporal tiene un rol importante en la empatía, ya que una adecuada observación de uno mismo es fundamental para entender a los demás (Schmitz y Johnson, 2007), (Decety y Jackson, 2004). Los estudios de NI muestran la implicación de la ínsula en este mecanismo (Craig, 2003), la corteza somatosensorial secundaria y la unión temporo-parietal (Farb *et alii*, 2007).

En último término, Hölzel *et alii* (2011) refieren que estos elementos interactúan para constituir un proceso de autorregulación consciente y emocional, de forma que poniendo atención a la experiencia interna y externa con actitud libre de prejuicios, con aceptación y curiosidad, el sistema de atención ejecutiva detecta el conflicto con el objetivo de mantener la conciencia corporal y poner en marcha los procesos de regulación emocional para reaccionar de una forma diferente a la experiencia. Los mecanismos de atención sostenida y conciencia corporal actúan favoreciendo la exposición, mientras que el tercer mecanismo (regulación de no reactividad) facilitaría la prevención de respuesta, la extinción y reconsolidación.

Sin embargo, aunque algunas terapias basadas en el MNDF se basan en la terapia cognitiva, cuestionando la realidad del pensamiento, tales como la terapia cognitiva basada en el *mindfulness* (MBCT, Teasdale *et alii*, 1995), las diferencias entre ambas terapias están en el tratamiento de los pensamientos disfuncionales: mientras que en la terapia cognitiva se anima a cambiar el contenido del pensamiento, en MDNF se anima a cambiar el proceso cognitivo (Teasdale *et alii*, 2001). Este hecho permite que

algunos autores cuestionen la necesidad de cambiar los contenidos de las creencias tal y como lo hace la terapia cognitiva, y ponen el énfasis en el descentramiento de los pensamientos. Se ha referido que la intervención cognitiva no aporta valor añadido a la terapia, ya que las intervenciones cognitivo-conductuales tienen una mejora rápida mucho antes de incluir las intervenciones cognitivas y existe poca evidencia de que sean los mediadores cognitivos los que instiguen el cambio sintomático (Longmore y Worrell, 2007).

Finalmente, también se han observado diferencias entre la meditación MNDF y la relajación muscular progresiva o la meditación de la bondad: solo la meditación basada en la respiración ayuda al descentramiento de los pensamientos negativos (Feldman *et alii*, 2010).

5. Mindfulness en la fibromialgia y el dolor crónico

Las primeras investigaciones sobre MNDF se realizaron sobre dolor crónico (Kabat-Zinn *et alii*, 1985; Kabat-Zinn, 1982). Kabat Zinn (1982) elaboró un informe de los resultados de MBSR en una muestra compuesta de 51 personas afectadas de dolor crónico. El 65 % mostró una reducción de >33 % de dolor, y el 50 % de la muestra, del 50 % de dolor. El 76 % mostró una mejoría anímica del 33 %, mientras que el 62 % mostró una mejoría del 50 % en ansiedad, depresión, dolor, imagen corporal y disminución de fármacos. El grupo control con medicación no mostró eficacia. En 1986 este autor refiere reducciones significativas de los síntomas médicos y psicológicos a los cuatro años en 225 participantes. El 20 % afirma haber desarrollado una nueva perspectiva de la vida, mientras que el 40 % indica haber tenido capacidad para entender y controlar el dolor (Kabat-Zinn *et alii*, 1986).

Sin embargo, y teniendo en cuenta la influencia de los factores psicológicos en la percepción del dolor, concretamente en la FM, como el estado emocional (Pagano, Matsutani, Gonçalves Ferreira, Pasqual Marques y de Bragança Pereira, 2004; Uguz *et alii*, 2010), las creencias catastróficas (Gracely *et alii*, 2004; Van Damme, Crombez, Bijttebier, Goubert y Van Houdenhove, 2002; Vowles, McCracken y Eccleston, 2007) o el sentimiento de autoeficacia en el manejo del dolor (Council, Ahern, Follick y Kline, 1988; Zafra-Polo, Pastor-Mira y López-Roig, 2014), así como la elevada ratio de trastorno afectivo (Arnold *et alii*, 2006; Fietta, Fietta y Manganeli, 2007; Malt, Berle, Olafsson, Lund y Ursin, 2000; Raphael, Janal, Nayak, Schwartz y Gallagher, 2006; Thieme, Turk y Flor, 2004) que se da en esta patología, sería racional pensar que la terapia basada en el MNDF puede ser una herramienta adecuada.

Tal y como refieren Zeidan *et alii* (2011), «la percepción del dolor depende de diferentes factores psicológicos, como los pensamientos y las emociones, todos ellos

influenciados por las propias experiencias del pasado, estado cognitivo y expectativas futuras, de forma que el estímulo nocivo activa una serie de alteraciones psicológicas y fisiológicas en el cuerpo» (Zeidan *et alii*, 2011).

Muchos han sido los intentos por identificar qué mecanismos subyacen a este hecho. Day, Jensen, Ehde y Thorn (2014) proponen un modelo que integra los modelos del dolor crónico con los modelos de la meditación MNDF. Estos autores parten de los mecanismos principales que Shapiro propone: autorregulación atencional, clarificación de valores, flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, y exposición (Shapiro *et alii*, 2006), y los integran con el marco teórico propuesto por Jensen (2011), que organiza los factores clave de tratamiento en cinco elementos: variables ambientales, cambios cerebrales, contenido cognitivo, afrontamiento cognitivo y conducta, a los que ella añade la regulación emocional, de forma que le permite identificar los mecanismos del MNDF que permiten mejorar el dolor crónico.

Esta autora hace hincapié en los estudios que muestran cómo las intervenciones basadas en el MNDF mejoran el contenido cognitivo, como el catastrofismo y la autoeficacia, aspectos altamente vinculados con la percepción del dolor. También las intervenciones basadas en el *mindfulness* (MBI) ayudan a desatar el significado del dolor como una amenaza por el hecho de defusionar los pensamientos. En cuanto al enfrentamiento cognitivo, MBI y la práctica en MNDF ayudan a poner distancia a los pensamientos, mejorando la aceptación del dolor e incrementando la exposición para reducir el miedo al dolor (Shapiro *et alii*, 2006).

En cuanto a la conducta, MNDF en sí mismo es exposición a las sensaciones, pensamientos y emociones, a la vez que permite un enfrentamiento orientado a la aproximación en contra de los contenidos de los pensamientos o emociones aversivas. Por otra parte, MNDF incrementa la persistencia de la conducta en dejar de lado el contenido mental que puede interferir en el logro de los objetivos principales del paciente.

A nivel social y contextual, los estudios muestran efectos positivos en las relaciones interpersonales y conyugales, mejorando de esta forma el contexto (Shapiro *et alii*, 2006).

En cuanto a los cambios cerebrales, se ha observado que los mecanismos cerebrales subyacentes que modulan el dolor implican áreas como ínsula, córtex cingulado anterior y prefrontal, de forma que MNDF mejora la regulación emocional e incrementa la respuesta de aproximación (Holzel *et alii*, 2011).

Finalmente, y respecto a la regulación emocional, diferentes estudios han mostrado la relación entre estados emocionales negativos y dolor (Holzel *et alii*, 2011). Por otra parte, se ha observado que la meditación puede alterar las dimensiones sensoriales, cognitivas y afectivas de la experiencia subjetiva (Cahn y Polich, 2006) y atenuar la

experiencia subjetiva de dolor (Zeidan, Gordon, Merchant y Goolkasian, 2010). Por lo tanto, se supone que las estructuras cerebrales implicadas en la meditación pueden formar parte también de las estructuras involucradas en el manejo del dolor. Un estudio muestra cómo la disminución de la intensidad del dolor por la meditación está asociado con un incremento de la actividad en el cíngulo anterior y la ínsula anterior, áreas relacionadas con la regulación cognitiva del procesamiento nociceptivo (Zeidan *et alii*, 2011). Las reducciones en los niveles de dolor desagradable están asociadas con la activación del córtex orbitofrontal, área implicada en reencuadrar la evaluación contextual de los eventos sensoriales. Las reducciones en el nivel de desagrado del dolor están asociadas con la desactivación talámica, que puede reflejar un mecanismo límbico en la modificación de la información aferente y las áreas ejecutivas del cerebro. Estos datos indican que la meditación implica múltiples mecanismos cerebrales que alteran la construcción de la experiencia subjetiva del dolor (Zeidan *et alii*, 2011).

Recientemente se ha mostrado cómo el dolor puede modularse por técnicas de MNDF. Un estudio muestra cómo los practicantes de MNDF pueden reducir el nivel de desagrado del dolor en un 22 % y la ansiedad anticipatoria en un 29 % en un estado de conciencia plena. Esta reducción está asociada con una disminución de la activación prefrontal lateral y un incremento de la activación de la ínsula posterior durante la estimulación, así como un incremento de la activación del córtex cíngulo anterior durante la anticipación del dolor (Gard *et alii*, 2012).

6. Técnicas utilizadas

Las técnicas empleadas en las terapias basadas en MDF son, generalmente, aquellas que buscan mantener la atención de forma intencional, sin juzgar, con aceptación y sin querer cambios, en diferentes objetos, ya sean internos o externos.

El MBCT divide los ejercicios utilizados en dos tipos: por un lado están los *ejercicios formales*, que son aquellos que se realizan en un momento concreto, de forma sistemática, muchas veces con ayuda de un soporte externo y que requieren un tiempo; los *ejercicios informales* son aquellos que modifican la forma de vivir el día a día con una conciencia más plena. Estos ejercicios se van añadiendo progresivamente en la terapia, de forma que se inicia con el ejercicio de comida consciente, la realización de actividades cotidianas con plena conciencia (por ejemplo, lavarse los dientes, y cada semana se añade una nueva actividad), llevar a cabo actividades agradables con plena conciencia, vivir las emociones desagradables con plena conciencia, o identificar los golpes que uno juzga o valora u observar los pensamientos que van viniendo simplemente como pensamientos.

Como prácticas *formales* generales de tratamiento se utilizan la práctica de la observación de los elementos internos, como la respiración, las sensaciones corporales o el escáner corporal, la observación de los pensamientos y de las emociones; y la observación de los elementos externos, como los objetos visuales, sonidos..., experimentando la vida desde el aquí y el ahora. En este sentido, se han descrito dos tipos de meditación que han sido objeto de estudio por las implicaciones diferenciales a nivel neuropsicológico: la meditación con atención focalizada, en la que la persona pone el foco voluntariamente en un objeto, ya sea interno o externo, y la meditación MNDF propiamente dicha, en la que la persona observa momento a momento el contenido de la conciencia sin reaccionar (Day *et alii*, 2014; Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008; Tang y Posner, 2013). La práctica formal principal es la observación de la respiración, que lleva a devolver la atención a esta cuando los pensamientos se alejan de ella. La observación de hechos externos, tales como objetos, sonidos e incluso comida (con el ejercicio de la uva pasa), permite focalizar la atención hacia el exterior, tomando conciencia del presente y aceptando la realidad tal y como es. La observación de los pensamientos consiste simplemente en observarlos, sin identificarse con ellos, sabiendo que solo son pensamientos. Para este ejercicio es útil el uso de metáforas visuales que ayuden a ver los pensamientos como hechos externos, transitorios y no reales. La observación de las emociones permite identificarlas como sensaciones puramente corporales, tomando conciencia de ellas y viendo que se pueden soportar, que, incluso, son transitorias y que con la atención pueden disminuir (Didonna, 2009).

Con relación al dolor crónico, Kozak (2008) plantea cómo el MNDF ayuda a mejorarlo mediante la no potenciación del discurso interno que provoca el sufrimiento mental, diferenciando así el sufrimiento añadido al dolor y llevando a una mayor aceptación del dolor, en contra de la resistencia de las personas a evitarlo, basada en las creencias de cómo deben ser las cosas.

Rodríguez y Palao (2012), en su enfoque de MNDF en el dolor crónico, destacan el escáner corporal y la práctica de la compasión (Rodríguez Vega y Palao Tarrero, 2013). El escáner corporal ayuda a focalizar la atención en el cuerpo y en la corporalidad, a tomar conciencia de este y tener la experiencia en el cuerpo (Stahl y Goldstein, 2011), manteniendo en todo momento una actitud de aceptación (Rodríguez Vega y Palao Tarrero, 2013). Por otra parte, la compasión se entiende como un proceso multifactorial que incluye el desarrollo de la comprensión, la aceptación y el perdón. Tiene los mismos efectos que sentirse cuidado y estimula el sistema de relajación que, durante el desarrollo infantil, ayuda a las personas a sentirse seguras y calmadas (Rodríguez Vega y Palao Tarrero, 2013).

Estas autoras también refieren que en situaciones de trauma es muy difícil para la persona realizar los ejercicios de MNDF por su alta hiperactivación, que puede

sentirse desbordada por reviviscencias o recuerdos traumáticos. Muchas veces estas personas utilizan la evitación experiencial para no sentir emociones displacenteras o pensamientos relacionados con el trauma. No obstante, se sabe que la evitación es un factor clave en el mantenimiento de la sintomatología traumática, y puede incluir estrategias como evitación de la intimidad, autolesión y abuso de sustancias. La evitación mantenida no permite que la persona contacte con el momento presente y, por lo tanto, pueda acceder a partes más importantes de sí misma, y se convierte así en desadaptativa (Rodríguez Vega y Palao Tarrero, 2013). Estas autoras refieren que la práctica del MNDF puede ayudar a conseguir la regulación emocional y la expresión segura de las emociones, al tiempo que ayuda a no juzgar la experiencia como interna, anima a aceptar lo que se presente a la conciencia (emociones, pensamientos, sensaciones) tal y como sea, disminuyendo de esta forma la evitación.

7. Apoyo empírico del *mindfulness* en el dolor crónico y la fibromialgia

Con relación al dolor crónico, se han realizado diferentes revisiones con conclusiones diferentes. Aunque, en general, se ha observado una reducción del dolor con las técnicas MDNF, algunos autores sugieren que los efectos son discretos (Bawa *et alii*, 2015) y no específicos (Chiesa, Calati y Serretti, 2011).

En su revisión, Reiner *et alii* (2013) afirman que los tratamientos basados en el MNDF disminuyen la intensidad del dolor, concretamente en las muestras clínicas. Los estudios más controlados revelan mayores reducciones en dolor comparado con los grupos control, y estos resultados se mantienen en el tiempo (Reiner, Tibi y Lipsitz, 2013). En cambio, otra revisión refiere eficacia limitada para el control del dolor en una muestra de personas mayores con lumbalgia u osteoartritis (Morone y Greco, 2007).

El estudio de Rosenzweig con personas con dolor crónico muestra efectos diferenciales del programa MBSR en función del tipo de patología: es superior en las personas con artritis e inferior en las personas con dolor de cabeza o migrañas. Asimismo, la mejoría está relacionada con el tiempo de práctica en casa (Rosenzweig *et alii*, 2010).

La tabla 1 muestra los resultados de los diferentes metaanálisis realizados sobre la eficacia de las terapias basadas en el MNDF en personas con dolor crónico o fibromialgia.

Tabla 1. Metaanálisis sobre la eficacia de las terapias basadas en el *mindfulness* en personas con dolor crónico y fibromialgia

<i>Dolor crónico</i>	
(Veehof, Oskam, Schreurs y Bohlmeijer, 2011)	Depresión: DME = 0.32 (95 % CI: 0.13, 0.50) Dolor: DME = 0.37 (95 % CI: 0.20, 0.53) Ansiedad: DME = 0.40 (95 % CI: 0.07, 0.73) Bienestar físico: DME = 0.35 (95 % CI: 0.10, 0.59) Calidad de vida: DME = 0.41 (95 % CI: 0.16, 0.65)
(Bawa <i>et alii</i> , 2015)	Depresión: DME = 0.12 (95 % CI: -0.05 a 0.30) Dolor: DME = 0.16 (95 % CI: -0.03, 0.36) Control percibido del dolor: DME = 0.58 (95 % CI: -0.23, 0.93) Calidad del sueño: DME = 1.32 (95 % CI: -1.19, 3.82) Aceptación del dolor: DME = 1.58 (95 % CI: -0.57, 3.74).
<i>Fibromialgia</i>	
(Lauche, Cramer, Dobos, Langhorst y Schmidt, 2013)Cochrane Library, EMBASE, PsychINFO and CAMBASE databases were screened in September 2013 to identify randomized and non-randomized controlled trials comparing MBSR to control interventions. Major outcome measures were quality of life and pain; secondary outcomes included sleep quality, fatigue, depression and safety. Standardized mean differences and 95% confidence intervals were calculated.\n\nRESULTS: Six trials were located with a total of 674 FMS patients. Analyses revealed low quality evidence for short-term improvement of quality of life (SMD=-0.35; 95% CI -0.57 to -0.12; P=0.002	Comparado con el tratamiento usual: Calidad de vida: DME = -0.35 (95 % CI: -0.57, -0.12; p = 0.0002) Dolor: DME = -0.23 (95 % CI: -0.46, -0.01; p = 0.04), Comparado con grupos controles: Calidad de vida: DME = -0.32 (95 % CI: -0.59, -0.04; p = 0.02) Dolor: DME = -0.44 (95 % CI: -0.73 a -0.16; p = 0.002)
(Lakhan y Schofield, 2013)	Ansiedad: DME = -0.09 (95 % CI: -0.41, 0.24) Dolor: DME = -0.12 (95 % CI: -0.36, 0.13) Sintomatología: DME = -0.22 (95 % CI: -0.56, 0.41) Depresión: DME = -0.09 (95 % CI: -0.32, 0.14) Calidad de vida: DME = 0.10 (95 % CI: -0.22, 0.43)

El metaanálisis de Veehof *et alii* (2011) refiere efectos pequeños en depresión y en dolor para estudios controlados, sin ser superior a la TCC, pero se presenta como una buena alternativa. Sin embargo, obtiene efectos pequeños en ansiedad, bienestar físico y calidad de vida (Veehof *et alii*, 2011). También un metaanálisis reciente explora los beneficios de los tratamientos basados en el MNDF en personas con dolor crónico

con los que se obtienen tamaños del efecto inferiores a 0.2 en depresión, intensidad del dolor, efectos moderados en control percibido del dolor y efectos grandes en calidad del sueño y aceptación del dolor. Subdivididos en función del grupo control (activo vs. inactivo), se observan tamaños del efecto más pequeños en los grupos activos comparados con los grupos activos tanto en intensidad del dolor (Bawa *et alii*, 2015).

Por otra parte, Chiesa y Serretti (2011) concluyen que los tratamientos basados en el MNDF pueden tener efectos no específicos para la reducción del dolor y la mejora de los síntomas depresivos en pacientes con dolor crónico, mientras que la evidencia es poca para los efectos específicos de esta intervención. Estos autores concluyen que son necesarios más estudios para determinar la magnitud de los efectos en pacientes con dolor crónico, ya que los estudios realizados tienen limitaciones por el tamaño de la muestra, ausencia de aleatorización y uso de grupo control lista de espera que no permite diferenciar los efectos específicos de los no específicos (Chiesa y Serretti, 2011).

Con relación ya únicamente a la FM, se han hecho diferentes revisiones sobre los efectos del MNDF y se han observado resultados dispares. Muchos de los estudios han aplicado la MBSR con resultados positivos. Por ejemplo, la revisión de Lauche *et alii* (2013) refiere mejoría en la calidad de vida y dolor comparado con tratamiento usual, y comparado con grupos controles se observa también una mejora de la calidad de vida y dolor. En su revisión sobre eficacia de los tratamientos basados en MNDF para los trastornos por somatización, Lakhan y Schofield (2013) incluyen seis estudios que muestran efectos pequeños o casi nulos en la mejoría de la ansiedad, del dolor, de la sintomatología, de la depresión y la calidad de vida. La revisión de Kozasa *et alii* (2012) refiere mejoría de los síntomas de FM en personas que han participado en intervenciones basadas en meditación.

En la revisión de los estudios analizados, se observan resultados contradictorios, tal y como se puede observar en la tabla 2. Por un lado, algunos estudios reportan mejorías en dolor (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz y Kesper, 2007; Quintana y Rincón Fernández, 2011), impacto de la FM (Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013), calidad de vida (Grossman *et alii*, 2007; Quintana y Rincón Fernández, 2011; Rosenzweig *et alii*, 2010), depresión (Grossman *et alii*, 2007; Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013; Quintana y Rincón Fernández, 2011; Sephton *et alii*, 2007), ansiedad (Grossman *et alii*, 2007), mientras que otros no encuentran diferencias con otros tratamientos (Astin *et alii*, 2003; Schmidt, Grossman, Schwarzer y Jena, 2011). Con relación al mantenimiento posterior de los síntomas, algunos autores encuentran que los resultados se mantienen con el tiempo, mientras que otros no encuentran efecto sostenido (Quintana y Rincón Fernández, 2011).

Tabla 2. Estudios de tratamientos basados en el *mindfulness* y la fibromialgia

Autor	I: Intervención, (n) Co: Control, (n) T: Tiempo de intervención	Resultados	Observaciones
(Amutio, Franco, Pérez-Fuentes, Gázquez y Mercader, 2015)	I: MNDF (n = 14) Co: LE (n = 18) T: 7 sesiones x 2 h	MNDF > Co: en ↓ ira (STAXI, p = .005), expresión interna de ira (STAXI, p < .001), ansiedad estado (STAL, p < .001) y depresión (BDI, p = .001) y ↑ control de la ira (STAXI, p = 0.001).	Los resultados se mantienen en el tiempo. Muestra voluntaria no clínica. Ejercicios extraídos de MBSR+ACT.
(Cash et alii, 2015)	I: MBSR (n = 51) Co: LE (n = 40) T: 8 sesiones x 2,5 h	Resultados <i>entregu</i> po: MBSR > Co en ↓ estrés percibido (PSS, p < .001), alteración del sueño (SSQ, p < .038), severidad de síntomas (FIQ, p = .012), y fatiga (FSI, p > .002). No mejoría en dolor (VAS), funcionamiento físico (FIQ) ni perfil de cortisol.	Los resultados se mantienen en el tiempo. A mayor práctica mayor reducción de síntomas.
(Creamer, Singh, Hochberg y Berman, 2000)	I: MBSCT + TCC + <i>qigong</i> (n = 28) Co: --- T: 8 sesiones x 2,5 h	Resultados <i>intragru</i> po: ↓ del impacto (FIQ, p < .001), ↓ depresión (BDI, p < .05) y ↓ número de puntos sensibles (p < .001). ↑ funcionalidad (HAQ, p < .001), ↑ umbral del dolor (p < .001), ↑ cualidad del sueño (VAS; p < 0.01), y ↑ parámetros de salud general (RAND; p < 0.05). ↑ Estrategias de afrontamiento (CSQ); ↑ de planificación (p < .001), ↑ de desviación de la atención (p < 0.05), ↑ reinterpretación (p < 0.001) y ↓ del catastrofismo (p < .001). ↑ de la actividad física únicamente en tareas de casa (PAR; p < 0.01) No mejoría en actitudes, autoeficacia del control del dolor ni reducción del dolor, ni actividad física en trabajo y ocio.	Muestra formada por participantes voluntarios. En el seguimiento a largo plazo, incrementa hasta ser significativa la autoeficacia en la reducción del dolor, actitudes de la enfermedad y actividad física al trabajo. Se mantiene a los cuatro meses posteriores a la intervención la mejoría en el dolor, umbral del dolor, FIQ, sueño, parámetros de salud (energía, fatiga, bienestar emocional y dolor), afrontamiento y funcionalidad. No se mantiene la mejoría en depresión.

Autor	I: Intervención, (n) Co: Control, (n) T: Tiempo de intervención	Resultados	Observaciones
(Franco Justo, Mañas Mañas y Justo Martínez, 2010)	I: MBSR (N = 15) C: LE (n = 19) T:	<i>Resultados intergrupo:</i> MBSR > Co en los parámetros de calidad de vida (SF-36) del componente mental ($p < .001$), salud mental ($p < .005$), rol físico ($p < .001$), funcionamiento físico ($p < .05$), salud general ($p < .05$), funcionamiento social ($p < .05$) y rol emocional ($p < .05$). No diferencias en el componente físico.	
(Fjorback et alii, 2013)	I: MBCT (n = 59) I ₂ : TCC (n = 60) T: 12 sesiones × 3,5 h	<i>Resultados intergrupo:</i> MNDF > Co en salud física en posttest (PCS-SF-36, $p = .04$) pero sin diferencias en el seguimiento. <i>Resultados intragrupo:</i> MNDF: ↑ calidad de vida física (PCS-SF36, $p < .001$), dolor corporal (SF-36, $p = .003$), salud general (SF-36, $p < .001$), ansiedad por la salud (Whitely-8, $p < .001$), síntomas físicos (SCL-90, $p = .036$) y ansiedad y depresión (SCL-90, $p = .002$).	Personas con síndromes de estrés corporal, entre los que se incluye la FM. En el seguimiento a los quince meses, el grupo MNDF mantiene la mejoría.
(Grossman et alii, 2007)	I: MBSR (n = 39) Co: GCA (n = 13) T: 8 sesiones × 2,5 h	<i>Resultados intergrupo:</i> MBSR > Co ↓ en la percepción del dolor (PPS, $p < .02$), ↑ calidad de vida (PLC, $p < .02$, $d = 0.5-1.12$), ↑ afrontamiento al dolor (IPR, $p < .003$, $d = 0.34-0.88$), ↓ ansiedad (HADS, $p = .04$), ↓ depresión (HADS, $p = .03$) y ↓ queja somática (SSI, $p = .02$, $d = 0.82$). <i>Resultados intragrupo:</i> Mejoría significativa en todas las variables. Mejoría en la percepción del dolor (PPS sensorial ($p \leq 0.01$) y afectivo ($p \leq 0.0001$), dolor (VAS, $p \leq 0.0001$), calidad de vida (PLC, $p \leq 0.0001$), afrontamiento al dolor (IPR, $p \leq 0.01$), ansiedad (HADS, $p \leq 0.0001$), depresión (HADS, ($p \leq 0.0001$) y queja somática (SSI, $p \leq 0.0001$).	Muestra clínica aleatorizada. Los resultados en calidad de vida se mantienen a los tres años de seguimiento.

Autor	I: Intervención, (n) Co: Control, (n) T: Tiempo de intervención	Resultados	Observaciones
(Don L. Goldenberg et alii, 1994)	I: SR-TCC (n = 79) Co: LE (n = 42) T: 10 sesiones x 2 h	Resultados intergrupo: MBSR > Co en dolor (VAS, p = 0.05), fatiga (VAS, p = 0.02); cansancio (VAS, p = 0.009); impacto (FIQ, p = 0.05) y síntomas psiquiátricos (SCL-90, p = 0.0001). No mejoría en sueño.	Utiliza grupo combinado (experimental que incluye participantes del grupo control LE).
(Haak y Scott, 2008)	I: qigong (n = 29) Co: L.E. (n = 28) T: 7 sesiones x 2 h	Qigong > Co: ↓ Ansiedad (STAL, p < .05), ↓ depresión (BDI, p < .05), ↑ calidad de vida (WHOQOL-BREF, p < .05) y salud psicológica (WHOQOL-BREE, p = .06). ↑ armonía (VNS, p < .001), ↑ energía (VNS, p < .001), y ↑ concentración (VNS, p < .005). No diferencias en salud física (WHOQOL-BREF).	Participantes voluntarios.
(Lush et alii, 2009)	I: MBSR (n = 24) Co: --- T: 8 sesiones x 2 h	Resultados intragrupo: Mejoría en el nivel de conductancia dérmica basal como indicador de la actividad del SNA (p = 0.005, d = 0.85) post-MNDF (p < 0.001). No mejoría significativa en depresión (BDI), ansiedad (BAI) y otras medidas relacionadas con SNA (frecuencia cardiaca o temperatura periférica).	Participantes voluntarios pertenecientes a una asociación de fibromialgia.
(Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013)	I: MBCT (n = 15) Co: LE (n = 16) T: 8 sesiones x 2,5 h	Resultados intergrupo: MNDF > Co en ↓ del impacto de la FM (FIQ, p < .001, d = 1.13), y síntomas depresivos (BDI, p < .001, d = 0.82). Resultados intragrupo: Mejoría en impacto (FIQ, p < 0.001, d = 1.13), depresión (BDI, p < 0.001, d = 0.82) y dolor lumbar (EVA, p < 0.05, d = 0.62).	Participantes voluntarios pertenecientes a una asociación de fibromialgia.
(Parra-Delgado, Latorre Postigo y Montañés Rodríguez, 2012)	I: MBCT (n = 15) Co: LE (n = 16) T: 8 sesiones x 2,5 h	Resultados intergrupo: MNDF > Co en ↓ ansiedad estado (STAL, efectogrupo: p < 0.05).	Participantes voluntarios pertenecientes a una asociación de fibromialgia.

Autor	I: Intervención, (n) Co: Control, (n) T: Tiempo de intervención	Resultados	Observaciones
(Quintana y Rincón Fernández, 2011)	I: MBSR (n = 14) Co: --- T: 8 sesiones x 2 h + 1 día	<p>Resultados intragrupo:</p> <p>↑ las estrategias de afrontamiento (CAD): autoafirmación (p = .026, d = 0.34) y búsqueda de información (p < .037, d = 0.76).</p> <p>↑ subescalas de calidad de vida (SF-36): funcionamiento social (p = .011, d = 0.65), salud mental (p < .01, d = 0.57), vitalidad (p = .005, d = 0.80) y percepción general de salud (p = .013, d = 0.85).</p> <p>↓ presencia (p = .05, d = 0.85) e intensidad de dolor (McGill, p = .002, d = 0.53), y síntomas depresivos (BDI, p = .007, d = 0.65).</p>	Los resultados se mantienen en las personas que practican MNDE. d = intragrupo.
(Rosenzweig et alii, 2010)	I: MBSR (n = 11 FB) Co: -- T: 8 sesiones x 2,5 h	<p>Resultados intragrupo:</p> <p>↑ en calidad de vida (SF-36) en escalas de dolor (p < 0.05, d = 0.48), percepción de salud general (p < 0.05, d = 0.74), vitalidad (p < 0.05, d = 0.96), funcionamiento social (p < 0.010, d = 0.59) y salud mental (p < 0.05, d = 0.71).</p> <p>↓ en SCL-90 del índice de severidad global (n.s., d = 0.55).</p> <p>No diferencias significativas en puntuación compuesta física, ni puntuación compuesta mental, rol emocional del SF-36, ni estrés afectivo (SCL-90) en sus índices de severidad global, depresión, ansiedad, ni somatización.</p>	Muestra formada por personas con patologías de dolor crónico (n = 133), aunque solamente se ha considerado la muestra formada por personas con FM. No grupo control.
(Sephron et alii, 2007)	I: MBSR (n = 51) Co: GCA (n = 40) T: 8 sesiones x 2,5 h	<p>Resultados intergrupo:</p> <p>.MBSR > Co ↓ clínica depresiva (BDI-II, p < 0.05). Se mantienen a los dos meses (p < 0.05).</p>	Pacientes mujeres voluntarias reclutadas por medios de comunicación y aleatorizadas. Los resultados en depresión se mantienen a los dos meses. Alto grado de abandonos: baja generalización de los resultados.

Autor	I: Intervención, (n) Co: Control, (n) T: Tiempo de intervención	Resultados	Observaciones
(Schmidt, Grossman, Schwarzer, Jena et alii, 2011)	I: MBSR (n = 59) Co: CA (n = 59) Co: LE (n = 59) T: 8 sesiones x 2,5 h + 1 día	<p><i>Resultados intragrupo:</i> Mejoría modesta calidad de vida (PLC, p = .017), impacto (FIQ, p = .021), depresión (CES-D, p = .012), ansiedad (STAI, p = .003), componente afectivo del dolor (PPS, p < .001), calidad del sueño (PSQI, p = .004) y síntomas físicos (GCQ, p < .001). No mejoría en componente sensorial del dolor (PPS) ni en <i>mindfulness</i> (FMI).</p> <p><i>Resultados intergrupo:</i> MBSR > Co (LE) en ansiedad (STAI, p = 0.04). MBSR > Co (GCA) en <i>mindfulness</i> (FMI, p = 0.03). Mejoría modesta sin ser significativa en calidad de vida (PLC), FIQ, depresión (CES-D), ansiedad (STAI), componente afectivo del dolor (PPS) y síntomas físicos (GCQ). No mejoría en componente sensorial del dolor (PPS) ni en <i>mindfulness</i> (FMI).</p>	El sentido de coherencia se relaciona con el estrés percibido (VAS) y la depresión (BDI). No relación con dolor ni síntomas de la FM (FIQ).
(Weissbecker et alii, 2002)	I: MBSR (n = 51) Co: LE (n = 40) T: 8 sesiones x 2,5 h	<p><i>Resultados intergrupo:</i> MBSR > GCA y LE en ↑ sentido de coherencia (OLQ, p = 0.014), que se relaciona inversamente con estrés percibido y depresión. No mejoría en dolor percibido (PPS).</p>	El sentido de coherencia se relaciona con el estrés percibido (VAS) y la depresión (BDI). No relación con dolor ni síntomas de la FM (FIQ).

BDI: Beck Depression Inventory; CAD-R: Cuestionario de afrontamiento al dolor reducido; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Inventory; CSQ: Coping Strategies Questionnaire; d: d de Cohen para el tamaño del efecto; EVA: Escala visual analógica; FAI: Fibromyalgia Attitudes Test; FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire; FMI: Freiburg Mindfulness Inventory; FSI: Fatigue Symptom Inventory; GCA: Grupo Control Activo; GCQ: Giessen Complain Questionnaire; HADS: Hamilton Anxiety and Depression Scale; IPR: Inventory of Pain Regulation; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; MSCL: Medical Symptoms Checklist. n. s.: no significativo; LE: Control Lista de Espera; OLQ: Orientation Life Questionnaire; PAR: Physical Activity Recall; PCS-SF-36: Puntuación compuesta sumatoria del SF-36; PLC: Quality of Life Profile for Chronically Ill; PPS: Pain perception Scale; PSS: Perceived Stress Scale; PVAQ: Cuestionario de conciencia y vigilancia del dolor; SCID: Entrevista clínica semiestructurada para los trastornos mentales DSM-IV; SCL-90: Symptoms Checklist -90; SF-36: Short Form-36; SSI: Somatic Symptom Inventory; SSI: Somatic Symptom Inventory; SSQ: Standford Sleep Questionnaire; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; VNS: Visual Numerologic Scale; WHOQOL-BREF: World Organization Quality of Life BREF.

Seguidamente se realiza una breve explicación sobre los resultados de las terapias basadas en el MNDF según las diferentes variables clínicas estudiadas.

Dolor

En general, los estudios realizados en FM muestran una mejora con relación al dolor. Más en detalle, el estudio de Grossman *et alii* (2007), en una muestra con 58 mujeres con FM aleatorizadas en un grupo control y un grupo experimental donde se realiza MBSR (8 sesiones de 2,3 horas y un día entero en fin de semana), muestra una mejoría de la percepción del dolor con un tamaño del efecto de pequeñas para el dolor sensorial y dolor afectivo respectivamente, y una mejora de la intensidad del dolor medido con la VAS con un tamaño del efecto grande. La mejora se mantiene en el seguimiento. El estudio de Quintana y Rincón Fernández (2011) muestra también una mejoría del dolor posterior al programa MBSR en una muestra de 14 mujeres con FM, sin grupo control. Se observa una mejoría de los puntos de dolor y de la intensidad del dolor. No obstante, no se mantiene la mejoría en el seguimiento. Creamer *et alii* (2000), con una intervención que incluye tanto técnicas MNDF como técnicas cognitivo-conductuales y *qigong*, obtienen una disminución del número de puntos sensibles y un incremento del umbral del dolor, aunque los resultados se establecen con relación a las comparaciones pre-post para la falta de grupo control (Creamer, Singh, Hochberg y Berman, 2000).

Un estudio realizado con una muestra grande y dos grupos control, de lista de espera y control activo, muestra mejoría en las facetas del dolor sensorial y afectivo posterior al tratamiento, pero este beneficio no es superior al grupo control (Schmidt *et alii*, 2011). Resultados similares obtiene el estudio de Parra-Delgado y Latorre-Positigo (2013).

Otros estudios, sin embargo, no muestran mejoría en el dolor (Cash *et alii*, 2015; Weissbecker *et alii*, 2002) comparado con grupos control.

Impacto y calidad de vida

En general, los estudios muestran una mejora de la calidad de vida. En el estudio de Grossman se observa una mejoría de la calidad de vida medida con la *Quality of Life Profile for the Chronically Ill* en todas las subescalas: estado funcional, relajación, afecto positivo, afecto negativo, contacto social y sentido de pertenencia, con tamaños del efecto medios-grandes. Las diferencias se mantienen en el tiempo a pesar de que disminuye el nivel final del tratamiento (Grossman *et alii*, 2007). El estudio de Quintana muestra una mejoría en las escalas del SF-36 de función social, salud mental, vitalidad y percepción de salud general. No obstante, estos resultados no se mantienen

con el tiempo (Quintana y Rincón Fernández, 2011). El estudio de Rosenzweig *et alii* (2010), en una muestra de pacientes con dolor crónico diferenciados por enfermedades y utilizando la MBSR, observa en el grupo de FM una mejoría en las escalas de la SF-36 de percepción de salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental, con tamaños del efecto medianos-grandes. Estos resultados varían en función de la adherencia al tratamiento y la práctica (Rosenzweig *et alii*, 2010). Resultados similares obtienen Haak y Scott (2008), posterior a un grupo donde incluye *qigong* (Haak y Scott, 2008).

Otros estudios, sin embargo, no consiguen mostrar diferencias en esta variable comparando con un grupo control, tales como el estudio de Schmidt *et alii* (2011), aunque los resultados sí son positivos en las comparaciones intragrupo.

El estudio de Fjorback (2013), en un grupo de personas con trastornos somáticos, entre los que están incluidas personas con FM, muestra mejoría intragrupo en las escalas del SF-36, con un tamaño del efecto de 0.45 para el grupo de tratamiento MBSR junto con técnicas CC, y diferencias significativas comparado con el grupo de TCC, aunque estas diferencias desaparecen a los 15 meses de seguimiento (Fjorback *et alii*, 2013).

Por otra parte, en cuanto al impacto de la fibromialgia, los estudios muestran resultados contradictorios. Mientras que el estudio de Parra-Delgado y Latorre-Postigo (2013) muestra una mejoría de la FIQ en 6.79 puntos, ni el estudio de Schmidt *et alii* (2011) ni el estudio de Cash *et alii* (2015) muestran mejorías significativas en la FIQ.

Depresión

Los estudios realizados muestran efectos positivos para la clínica depresiva. Sephton *et alii* (2007) valoran la clínica depresiva mediante el BDI-II en 91 pacientes con FM aleatorizados en un grupo control y un grupo experimental con MBSR, y observan una disminución de la clínica depresiva, sobre todo en la esfera somática, que se mantiene en el tiempo. Grossman *et alii* (2007) refieren una mejoría con una magnitud del efecto pequeña que se mantiene en el seguimiento a los tres años (Grossman *et alii*, 2007). El estudio de Parra-Delgado y Latorre-Postigo (2013), con 33 personas afectadas de FM aleatorizadas en un grupo control y un grupo experimental con MBCT, muestra una mejoría de la depresión valorada con el BDI en el grupo experimental, con un tamaño del efecto grande. También el estudio de Quintana y Rincón Fernández (2011) muestra una mejoría en la depresión valorada con el BDI que no se mantiene en el tiempo, resultados similares al estudio de Creamer *et alii* (2000).

Por otra parte, el estudio de Schmidt *et alii* (2011) muestra una leve mejoría para el grupo MBSR, pero sin diferencia con el grupo control activo ni con el grupo de LE. El estudio de Rosenzweig *et alii* (2010) tampoco muestra mejorías significativas

en la clínica depresiva valorada con el SCL-90. Finalmente, el estudio de Fjorback *et alii* (2013) no muestra diferencias significativas con el grupo de TCC en esta variable.

Ansiedad

Diferentes estudios muestran mejora en esta variable (Grossman *et alii*, 2007; Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013; Schmidt *et alii*, 2011). El estudio de Grossman *et alii* (2007) muestra mejoría en ansiedad mediante la HADS con un tamaño de efecto medio, que se mantiene en el seguimiento a los tres años. Por otra parte, el estudio de Schmidt *et alii* (2011) muestra una mejoría significativa en el STAI-T comparado con el grupo control de lista de espera, pero no resulta ser sustancialmente superior a los grupos de control activo. Finalmente, y en contradicción con lo expuesto, el estudio de Rosenzweig *et alii* (2010) no muestra mejorías significativas en la clínica ansiosa valorada con el SCL-90.

Sueño

Dos estudios muestran eficacia de las terapias basadas en el MNDF en los parámetros de sueño (Cash *et alii*, 2015; Creamer *et alii*, 2000). Cash *et alii* (2015) muestran una mejora en esta variable comparada con el grupo control, y Creamer *et alii* (2000) muestran resultados positivos con relación a las puntuaciones pretest. El estudio de Schmidt *et alii* (2011), no obstante, que valora el efecto del MBSR en las alteraciones de sueño mediante el Pittsburg Sleep Quality Index, refiere una mejoría significativa prepost en el sueño, pero similar al grupo control activo.

Afrontamiento

El estudio de Grossman *et alii* (2007) muestra mejora en el enfrentamiento mediante el Inventory Pain Regulation (IPR) en la subescala de competencia. El estudio de Quintana y Rincón Fernández (2011) muestra incremento de las estrategias de autoafirmación y búsqueda de información del Cuestionario de Afrontamiento al Dolor (CAD). Creamer *et alii* (2000), utilizando el Coping Strategies Inventory (CSQ), encuentra un incremento en estrategias de desviación de la atención y de reinterpretación, y una disminución del catastrofismo.

Otros

Se ha observado un efecto en otras variables, como una disminución de las quejas somáticas (Grossman *et alii*, 2007) y un incremento del sentido de coherencia, entendida como la disposición de experimentar la vida como significativa y manejable; la salud

psicológica es un factor protector en circunstancias estresantes (Weissbecker *et alii*, 2002). Amutio *et alii* (2015) reportan una disminución de la ira, tanto en su expresión interna como en el control de la misma (Amutio, Franco, Pérez-Fuentes, Gázquez y Mercader, 2015).

8. Conclusión

Los resultados no son, por tanto, concluyentes, pues se observa bastante disparidad. Si bien es cierto que la mayoría coincide en una mejoría de las variables medidas, otros estudios aportan resultados contradictorios. Este hecho se podría explicar por la disparidad de instrumentos de medida utilizados, gravedad y tipo de muestra, contexto del tratamiento y otras variables diferenciales de este. Asimismo, cabe considerar que en la gran mayoría de estudios se ha utilizado la MBSR. El estudio de Parra-Delgado y Latorre-Postigo (2013) obtiene mejores resultados con la MBCT, y el estudio de Fjorback *et alii* (2013) muestra resultados positivos adaptando la terapia a las necesidades de los pacientes.

En todos estos estudios referidos, aunque evidencian una mejoría significativa general en calidad de vida y estado anímico, no analizan una comparación con otras técnicas que se han mostrado eficaces (Parra-Delgado y Latorre-Postigo, 2013), como sería la terapia cognitivo-conductual (TCC). Solo se ha encontrado un estudio que compare la eficacia del programa de MBSR adaptado, donde incluye técnicas cognitivo-conductuales con un programa de eficacia demostrada, en una muestra de 119 pacientes con enfermedades funcionales (FM, SFC y colon irritable). En este estudio se observa una mejoría postratamiento superior en el grupo que realiza MBSR, en la calidad de vida medida con el SF-36 en comparación con el grupo TCC, pero igualando la mejoría al año de seguimiento (Fjorback *et alii*, 2013).

Se requieren más estudios que comparen las terapias basadas en el MNDF con la TCC, y esta última es la que hasta el momento tiene más evidencia, en población clínica y con tratamientos adaptados a las necesidades de estos pacientes. Asimismo, sería interesante observar la relación entre diferentes características individuales y los resultados en el tratamiento, ya que debido a las características intrínsecas del MNDF, este podría ser superior en personas con alto grado de rumiación, catastrofismo o ansiedad.

Por el momento, las terapias basadas en el MNDF podrían considerarse como una segunda opción de tratamiento o como tratamiento coadyuvante en la TCC o en otros tipos de terapias, ya que algunos estudios sí que muestran eficacia de esta técnica. Tal vez una aplicación adecuada y en determinados tipos de pacientes podría mejorar los resultados clínicos.

Bibliografía

- ABBOTT, R.A.; WHEAR, R.; RODGERS, L.R.; BETHEL, A.; THOMPSON COON, J.; KUYKEN, W.; DICKENS, C. (2014). «Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials». *Journal of Psychosomatic Research* 76, 341-51.
- ALLEN, M.; DIETZ, M.; BLAIR, K.S.; VAN BEEK, M.; REES, G.; VESTERGAARD-POULSEN, P.; ROEPSTORFF, A. (2012). «Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention.» *The Journal of Neuroscience : The Official Journal of the Society for Neuroscience* 32, 1560-10.
- ALLEN, N.; CHAMBERS, R.; KNIGHT, W.; MELBOURNE ACADEMIC MINDFULNESS INTEREST GROUP (2006). «Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations.» *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 285-94.
- AMUTIO, A.; FRANCO, C.; PÉREZ-FUENTES, M. DEL C.; GÁZQUEZ, J.J.; MERCADER, I. (2015). «Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients.» *Frontiers in Psychology* 5, 1-8.
- ARNOLD, L.M.; HUDSON, J.I.; KECK, P.E.; AUCHENBACH, M.B.; JAVARAS, K.N.; HESS, E.V. (2006). «Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders.» *Journal of Clinical Psychiatry* 67, 1219-1225.
- ASTIN, J.A.; BERMAN, B.M.; BAUSELL, B.; LEE, W-L.; HOCHBERG, M.; FORYS, K.L. (2003). «The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial.» *The Journal of Rheumatology* 30, 2257-62.
- BAWA, F.L.; MERCER, S.W.; ATHERTON, R.J.; CLAGUE, F.; KEEN, A.; SCOTT, N.W.; BOND, C.M. (2015). «Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis.» *British Journal of General Practice* 65, e387-e400.
- BISHOP, S.R.; LAU, M.; SHAPIRO, S.; CARLSON, L.; ANDERSON, N.D.; CARMODY, J.; DEVINS, G. (2004). «Mindfulness: A proposed operational definition.» *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 230-241.
- BOETTCHER, J.; ASTRÖM, V.; PÅHLSSON, D.; SCHENSTRÖM, O.; ANDERSSON, G.; CARLBRING, P. (2014). «Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial.» *Behavior Therapy* 45, 241-53.
- BOHLMEIJER, E.; TEN KLOOSTER, P.M.; FLEDDERUS, M.; VEEHOF, M.; BAER, R. (2011). «Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form.» *Assessment* 18, 308-20.

- BOLOGNESI, F.; BALDWIN, D.S.; RUINI, C. (2014). «Psychological interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: a structured review.» *Journal of Psychopathology*. Pacini Editore SPA.
- BOWEN, S.; WITKIEWITZ, K.; CLIFASEFI, S.L.; GROW, J.; CHAWLA, N.; HSU, S.H.; LARIMER, M.E. (2014). «Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial.» *JAMA Psychiatry* 71, 547-56.
- CAHN, B.R.; POLICH, J. (2006). «Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies.» *Psychological Bulletin* 132, 180-211.
- CASH, E.; SALMON, P.; WEISSBECKER, I.; REBHOLZ, W.N.; BAYLEY-VELOSO, R.; ZIMMARO, L.A.; SEPTON, S.E. (2015). «Mindfulness Meditation Alleviates Fibromyalgia Symptoms in Women: Results of a Randomized Clinical Trial.» *Annals of Behavioral Medicine* 49, 319-330.
- CHIESA, A.; CALATI, R.; SERRETTI, A. (2011). «Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings.» *Clinical Psychology Review* 31, 449-64.
- CHIESA, A.; SERRETTI, A. (2011). «Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence.» *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)* 17, 83-93.
- COTTON, S.; LUBERTO, C.M.; SEARS, R.W.; STRAWN, J.R.; STAHL, L.; WASSON, R.S.; DELBELLO, M.P. (2015). «Mindfulness-based cognitive therapy for youth with anxiety disorders at risk for bipolar disorder: a pilot trial.» *Early Intervention in Psychiatry*.
- COUNCIL, J.R.; AHERN, D.K.; FOLLIICK, M.J.; KLINE, C.L. (1988). «Expectancies and functional impairment in chronic low back pain.» *Pain* 33, 323-331.
- COWDREY, F.A.; PARK, R.J. (2012). «The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders.» *Eating Behaviors* 13, 100-105.
- CRAIG, A.D. (2003). «Interoception: The sense of the physiological condition of the body.» *Current Opinion in Neurobiology* 13, 500-505.
- CREAMER, P.; SINGH, B.B.; HOCHBERG, M.C.; BERMAN, B.M. (2000). «Sustained improvement produced by nonpharmacologic intervention in fibromyalgia: results of a pilot study.» *Arthritis Care and Research: The Official Journal of the Arthritis Health Professions Association* 13, 198-204.
- CRESCENTINI, C.; URGESI, C.; FABBRO, F.; ELEOPRA, R. (2014). «Cognitive and brain reserve for mind-body therapeutic approaches in multiple sclerosis: a review.» *Restorative Neurology and Neuroscience* 32, 575-95.

- D'SILVA, S.; POSCABLO, C.; HABOUSHA, R.; KOGAN, M.; KLIGLER, B. (2012). «Mind-body medicine therapies for a range of depression severity: a systematic review.» *Psychosomatics* 54, 407-23.
- DAVIDSON, R.J. (1992). «Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion.» *Brain and Cognition* 20, 125-151.
- DAVIDSON, R.J. (2000). «Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity.» *The American Psychologist* 55, 1196-214.
- DAY, M.A.; JENSEN, M.P.; EHDE, D.M.; THORN, B.E. (2014). «Toward a theoretical model for mindfulness-based pain management.» *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society* 15, 691-703.
- DECETY, J.; JACKSON, P.L. (2004). «The functional architecture of human empathy.» *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*.
- DIDONN, F. (2009). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FARB, N.A.; SEGAL, Z.V.; MAYBERG, H.; BEAN, J.; MCKEON, D.; FATIMA, Z.; ANDERSON, A.K. (2007). «Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference.» *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, 313-322.
- FELDMAN, G.; GREESON, J.; SENVILLE, J. (2010). «Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts.» *Behaviour Research and Therapy* 48, 1002-1011.
- FIETTA, P.; FIETTA, P.; MANGANELLI, P. (2007). «Fibromyalgia and psychiatric disorders.» *Acta Biomedica de l'Ateneo Parmense* 78, 88-95.
- FJORBACK, L.O.; ARENDT, M.; ORNBØL, E.; WALACH, H.; REHFELD, E.; SCHRÖDER, A.; FINK, P. (2013). «Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up.» *Journal of Psychosomatic Research* 74, 31-40.
- GARD, T.; HÖLZEL, B.K.; SACK, A.T.; HEMPEL, H.; LAZAR, S.W.; VAITL, D.; OTT, U. (2012). «Pain attenuation through mindfulness is associated with decreased cognitive control and increased sensory processing in the brain.» *Cerebral Cortex (New York, NY: 1991)* 22, 2692-702.
- GOLEMAN, D.J.; SCHWARTZ, G.E. (1976). «Meditation as an intervention in stress reactivity.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44, 456-66.
- GRACELY, R.H.; GEISSER, M.E.; GIESECKE, T.; GRANT, M.A.B.; PETZKE, F.; WILLIAMS, D.A.; CLAUW, D.J. (2004). «Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia.» *Brain: A Journal of Neurology* 127, 835-43.

- GROSSMAN, P.; TIEFENTHALER-GILMER, U.; RAYSZ, A.; KESPER, U. (2007). «Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being.» *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, 226-33.
- HAAK, T.; SCOTT, B. (2008). «The effect of Qigong on fibromyalgia (FMS): a controlled randomized study.» *Disability and Rehabilitation* 30, 625-633.
- HAYES, S. (2004). «Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies.» *Behavior Therapy* 35, 639-665.
- HAYES, S.C.; SHENK, C. (2004). «Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments.» *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 249-254. doi:10.1093/clipsy/bph079.
- HAYES, S.C.; WILSON, K.G. (2003). «Mindfulness: Method and process.» *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 161-165.
- HOLZEL, B.K.; LAZAR, S.W.; GARD, T.; SCHUMAN-OLIVIER, Z.; VAGO, D.R.; OTT, U. (2011). «How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective.» *Perspectives on Psychological Science* 6, 537-559.
- JAIN, S.; SHAPIRO, S.L.; SWANICK, S.; ROESCH, S.C.; MILLS, P.J.; BELL, I.; SCHWARTZ, GER (2007). «A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction.» *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 33, 11-21.
- JENSEN, M.P. (2011). «Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework.» *Pain* 152, 717-725.
- JHA, A.P.; STANLEY, E.; KIYONAGA, A.; WONG, L.; GELFAND, L. (2010). «Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience.» *Emotion (Washington, D.C.)* 10, 54-64.
- KABAT-ZINN J (1982). «An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results.» *General Hospital Psychiatry* 4, 33-47.
- KABAT-ZINN, J. (2003). «Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.» *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 144-156.
- KABAT-ZINN, J.; LIPWORTH, L.; BURNEY, R. (1985). «The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain.» *Journal of Behavioral Medicine* 8, 163-90.

- KABAT-ZINN, J.; LIPWORTH, L.; BURNEY, R.; SELLERS, W. (1986). «Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance.» *Clinical Journal of Pain*.
- KABAT-ZINN, J.; MASSION, A.O.; KRISTELLER, J.; PETERSON, L.G.; FLETCHER, K.E.; PBERT, L.; SANTORELLI, S.F. (1992). «Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders.» In *American Journal of Psychiatry* 149, 936-943.
- KABAT-ZINN, J.; WHEELER, E.; LIGHT, T.; SKILLINGS, A.; SCHARE, M.J.; CROPLEY, T.G.; BERNHARD, J.D. (1998). «Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA).» *Psychosomatic Medicine* 60, 625-632.
- KATTERMAN, S.N.; KLEINMAN, B.M.; HOOD, M.M.; NACKERS, L.M.; CORSICA, J.A. (2014). «Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review.» *Eating Behaviors* 15, 197-204.
- KELLEY, W.M.; MACRAE, C.N.; WYLAND, C.L.; CAGLAR, S.; INATI, S.; HEATHERTON, T.F. (1989). «Finding the Self? An Event-Related fMRI Study», 785-794.
- KEYWORTH, C.; KNOPP, J.; ROUGHLEY, K.; DICKENS, C.; BOLD, S.; COVENTRY, P. (2014). «A mixed-methods pilot study of the acceptability and effectiveness of a brief meditation and mindfulness intervention for people with diabetes and coronary heart disease.» *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)* 40, 53-64.
- KOZAK, A. (2008). «Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations.» *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management* 12, 115-118.
- KOZASA, E.H.; HACHUL, H.; MONSON, C.; PINTO, JR. L.; GARCIA, M.C.; MELLO, L.E.; TUFIK, S. (2010). «Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review.» *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)* 32, 437-43.
- KOZASA, E.H.; TANAKA, L.H.; MONSON, C.; LITTLE, S.; LEO, F.C.; PERES, M.P. (2012). «The Effects of Meditation-Based Interventions on the Treatment of Fibromyalgia.» *Current Pain and Headache Reports* 16, 383-387.
- LAKHAN, S.E.; SCHOFIELD, K.L. (2013). «Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis.» *PloS One* 8, e71834.
- LAUCHE, R.; CRAMER, H.; DOBOS, G.; LANGHORST, J.; SCHMIDT, S. (2013). «A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome.» *Journal of Psychosomatic Research* 75, 500-10.

- LEE, J.K.; ORSILLO, S.M. (2014). «Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in Generalized Anxiety Disorder.» *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 45, 208-16.
- LONGMORE, R.J.; WORRELL, M. (2007). «Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?» *Clinical Psychology Review* 27, 173-187.
- LUDVIK, D.; BOSCHEN, M.J. (2015). «Cognitive restructuring and detached mindfulness: Comparative impact on a compulsive checking task.» *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 5, 8-15.
- LUTZ, A.; SLAGTER, H.A.; DUNNE, J.D.; DAVIDSON, R.J. (2008). «Attention regulation and monitoring in meditation.» *Trends in Cognitive Sciences*.
- MA, S.H.; TEASDALE, J.D. (2004). «Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, 31-40.
- MALT, E.A.; BERLE, J.E.; OLAFSSON, S.; LUND, A.; URSIN, H. (2000). «Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders.» *Journal of Psychosomatic Research* 49, 285-289.
- MASON, O.; HARGREAVES, I.; MASON, O.; HARGREAVES, I. (2001). «A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression», 197-212.
- MENNIN, D.S.; FRESCO, D.M.; RITTER, M.; HEIMBERG, R.G. (2015). «An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression.» *Depression and Anxiety* 32, 614-23.
- MORONE, N.E.; GRECO, C.M. (2007). «Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review.» *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 8, 359-75.
- NAKAMURA, Y.; LIPSCHITZ, D.L.; KANAROWSKI, E.; McCORMICK, T.; SUTHERLAND, D.; MELOW-MURCHIE, M. (2015). «Investigating Impacts of Incorporating an Adjuvant Mind-Body Intervention Method Into Treatment as Usual at a Community-Based Substance Abuse Treatment Facility: A Pilot Randomized Controlled Study.» *SAGE Open* 5.
- NEJATI, S.; ZAHIRODDIN, A.; AFROOKHTEH, G.; RAHMANI, S.; HOVEIDA, S. (2015). «Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and diastolic blood pressures in patients with hypertension.» *Journal of Tehran University Heart Center* 10, 140-148.
- O'REILLY, G.A.; COOK, L.; SPRUIJT-METZ, D.; BLACK, D.S. (2014). «Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review.» *Obesity Reviews* 15, 453-461.

- OCHSNER, K.N.; BUNGE, S.A.; GROSS, J.J.; GABRIELI, J.D.E. (2002). «Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion.» *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, 1215-1229.
- OCHSNER, K.N.; GROSS, J.J. (2005). «The cognitive control of emotion.» *Trends in Cognitive Sciences* 9, 242-249.
- ONG, J.C.; ULMER, C.S.; MANBER, R. (2012). «Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia.» *Behaviour Research and Therapy* 50, 651-60.
- ORTNER, C.N.M.; KILNER, S.J.; ZELAZO, P.D. (2007). «Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task.» *Motivation and Emotion* 31, 271-283.
- PAGANO, T.; MATSUTANI, L.A.; GONÇALVES FERREIRA, E.A.; PASQUAL MARQUES, A.; DE BRAGANÇA PEREIRA, C.A. (2004). «Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients.» *Sao Paulo Medical Journal* 122, 252-258.
- PARRA-DELGADO, M.; LATORRE-POSTIGO, J.M. (2013). «Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Treatment of Fibromyalgia: A Randomised Trial.» *Cognitive Therapy and Research* 37, 1015-1026.
- QUINTANA, M.; RINCÓN FERNÁNDEZ, M.E. (2011). «Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia.» *Clínica Y Salud* 22, 51-67.
- RAPHAEL, K.G.; JANAL, M.N.; NAYAK, S.; SCHWARTZ, J.E.; GALLAGHER, R.M. (2006). «Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia.» *Pain* 124, 117-25.
- RAY, I.B.; MENEZES, A.R.; MALUR, P.; HILTBOLD, A.E.; REILLY, J.P.; LAVIE, C.J. (2014). «Meditation and Coronary Heart Disease: A Review of the Current Clinical Evidence», 696-703.
- REINER, K.; TIBI, L.; LIPSITZ, J.D. (2013). «Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature.» *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 14, 230-42.
- REINHOLT, N.; KROGH, J. (2014). «Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies.» *Cognitive Behaviour Therapy* 43, 171-84.
- RICHARDS, D.; RICHARDSON, T.; TIMULAK, L.; McELVANEY, J. (2015). «The efficacy of internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis.» *Internet Interventions* 2, 272-282.
- RODRÍGUEZ VEGA, B.; PALAO TARRERO, Á. (2013). «Atención plena (mindfulness) en el tratamiento del dolor crónico.» En M.T. Miro Barrachina y V. Simon (eds.), *Mindfulness en la práctica clínica* (2.ª ed., pp. 241-269). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- ROEMER, L.; WILLISTON, S.K.; EUSTIS, E.H.; ORSILLO, S.M. (2013). «Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders.» *Current Psychiatry Reports* 15, 410.
- ROSENZWEIG, S.; GREESON, J.M.; REIBEL, D.K.; GREEN, J.S.; JASSER, S.A.; BEASLEY, D. (2010). «Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice.» *Journal of Psychosomatic Research* 68, 29-36.
- SCHMIDT, S.; GROSSMAN, P.; SCHWARZER, B.; JENA, S. (2011). «Treating Fibromyalgia with Mindfulness-Based Stress Reduction: Results from a Three-Armed Randomized Controlled Trial.» *Pain* 152, 361-369.
- SCHMITZ, T.W.; JOHNSON, S.C. (2007). «Relevance to self: A brief review and framework of neural systems underlying appraisal.» *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31, 585-596.
- SEPHTON, S.E.; SALMON, P.; WEISSBECKER, I.; ULMER, C.; FLOYD, A.; HOOVER, K.; STUDDTS, J.L. (2007). «Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial.» *Arthritis and Rheumatism* 57, 77-85.
- SHAPIRO, S.L.; CARLSON, L.E.; ASTIN, J.A.; FREEDMAN, B. (2006). «Mechanisms of Mindfulness.» *Journal of Clinical Psychology* 62, 373-386.
- SHIGAKI, C.L.; GLASS, B.; SCHOPP, L.H. (2006). «Mindfulness-Based Stress Reduction in Medical Settings.» *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 13, 209-216.
- STAHL, B.; GOLDSTEIN, E. (2011). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Editorial Kairós.
- TANG, Y.Y.; HÖLZEL, B.K.; POSNER, M.I. (2015). «The neuroscience of mindfulness meditation.» *Nature Reviews Neuroscience* 16, 1-13.
- TANG, Y.Y.; POSNER, M.I. (2013). «Tools of the trade: theory and method in mindfulness neuroscience.» *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 8, 118-20.
- TEASDALE, J. (1999). «Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders.» *Clinical Psychology & Psychotherapy* 6, 146-155.
- TEASDALE, J.D.; SCOTT, J.; MOORE, R.G.; HAYHURST, H.; POPE, M.; PAYKEL, E.S. (2001). «How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 347-357.
- TEASDALE, J.D.; SEGAL, Z.; WILLIAMS, M.G. (1995). «How does Cognitive Therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (Mindfulness) training help?» *Behaviour Research and Therapy* 33, 25-39.

- THIEME, K.; TURK, D.C.; FLOR, H. (2004). «Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables.» *Psychosomatic Medicine* 66, 837-44.
- UGUZ, F.; CIÇEK, E.; SALLI, A.; KARAHAN, A.Y.; ALBAYRAK, I.; KAYA, N.; UĞURLU, H. (2010). «Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia.» *General Hospital Psychiatry* 32, 105-7.
- VAN DAMME, S.; CROMBEZ, G.; BIJTTEBIER, P.; GOUBERT, L.; VAN HOUDENHOVE, B. (2002). «A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: invariant factor structure across clinical and non-clinical populations.» *Pain* 96, 319-324.
- VEEHOF, M.M.; OSKAM, M.J.; SCHREURS, K.M.G.; BOHLMEIJER, E.T. (2011). «Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis.» *Pain* 152, 533-542.
- VOWLES, K.E.; MCCracken, L.M.; ECCLESTON, C. (2007). «Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing.» *European Journal of Pain (London, England)* 11, 779-87.
- WANDEN-BERGHE, R.G.; SANZ-VALERO, J.; WANDEN-BERGHE, C. (2011). «The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review.» *Eating Disorders* 19, 34-48.
- WEISSBECKER, I.; SALMON, P.; STUDTS, J.L.; FLOYD, A.R.; DEDERT, E.A.; SEPHTON, S.E. (2002). «Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women With Fibromyalgia.» *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 9, 297-307.
- ZAFRA-POLO, M.T.; PASTOR-MIRA, M.A.; LÓPEZ-ROIG, S. (2014). «Autoeficacia, catastrofismo, miedo al movimiento y resultados de salud en la fibromialgia.» *Anales de Psicología* 30, 104-113.
- ZAINAL, N.Z.; BOOTH, S.; HUPPERT, F.A. (2013). «The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis.» *Psycho-Oncology* 22, 1457-65.
- ZEIDAN, F.; GORDON, N.S.; MERCHANT, J.; GOOLKASIAN, P. (2010). «The Effects of Brief Mindfulness Meditation Training on Experimentally Induced Pain.» *Journal of Pain* 11, 199-209.
- ZEIDAN, F.; MARTUCCI, K.T.; KRAFT, R.A.; GORDON, N.S.; McHAFFIE, J.G.; COGHILL, R.C. (2011). «Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation.» *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 31, 5540-5548.

Funciones cognitivas en la fibromialgia

Olga Gelonch,¹ Maite Carolera²

1. Quejas cognitivas en los pacientes con fibromialgia

Un grupo muy numeroso de personas diagnosticadas de fibromialgia se queja de problemas cognitivos. Globalmente, los pacientes refieren dificultades en la concentración, problemas de memoria, en la expresión verbal, en la realización simultánea de diversas tareas mentales y, en general, expresan la sensación de encontrarse como en una especie de niebla. En este sentido, las quejas cognitivas de los pacientes con fibromialgia se han llamado *fibroniebla* (del inglés *fibrofog*) en términos de los propios pacientes, mientras que en términos médicos se tiende a utilizar la expresión *disfunción cognitiva* (Gelonch, Garolera, Rosselló y Pifarré, 2013; Kravitz y Katz, 2015; Walitt *et alii*, 2016).

La elevada frecuencia de quejas cognitivas en la fibromialgia ha sido ampliamente reconocida en la literatura, pero lo cierto es que son muy escasos los estudios que se han centrado en registrar, analizar o cuantificar estas quejas, y tampoco en analizar las posibles relaciones que pueden presentar estas quejas con otras variables individuales. En los últimos años, sin embargo, parece vislumbrarse un leve cambio en esta tendencia, y empiezan a aparecer referencias en diferentes contextos señalando la necesidad de dedicar mayor interés al estudio de las quejas cognitivas de estos pacientes (McGuire, 2013; Williams, Clauw y Glass, 2011). Este cambio de tendencia quedó reflejado ya en los nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia, que incluyen por primera vez la quejas cognitivas (Wolfe *et alii*, 2010, 2011), así como en las conclusiones del grupo de expertos internacionales investigadores y clínicos que se agruparon con el nombre de OMERACT 9 (Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials), donde se

1 Neuropsicóloga clínica. Grupo de Investigación Cerebro, Cognición y Conducta del Consorcio Sanitario de Terrassa. NeuroLleida. ASPID.

2 Neuropsicóloga clínica. Grupo de Investigación Cerebro, Cognición y Conducta del Consorcio Sanitario de Terrassa. Unidad de neuropsicología. Hospital de Terrassa. Consorcio Sanitario de Terrassa.

confirma que la disfunción cognitiva constituye un dominio importante que debe tenerse en cuenta y valorarse en los ensayos clínicos que se realicen sobre esta patología (Mease *et alii*, 2009). En este sentido, en la actualidad es ampliamente aceptada la definición de fibromialgia que incluye los problemas cognitivos como uno más de los síntomas que pueden presentar las personas diagnosticadas de fibromialgia: «aquella condición caracterizada por dolor crónico generalizado, sensibilidad excesiva y una serie de síntomas asociados, tales como fatiga, trastornos del sueño, trastornos del estado de ánimo y disfunción cognitiva, que se asocian con un deterioro funcional y de la calidad de vida relacionada con la salud» (Mease *et alii*, 2009).

Uno de los primeros estudios importantes que incluyó las quejas cognitivas dentro del resto de síntomas que experimentan los pacientes con fibromialgia fue el de Mease *et alii* (2008), quienes pretendían identificar y priorizar cuáles eran los dominios clave en la enfermedad desde la perspectiva de los pacientes, así como el impacto que estos tenían en su calidad de vida y en su funcionamiento global. En sus resultados concluyen que las quejas de problemas cognitivos son percibidas por los pacientes como uno de los dominios importantes que contribuyen a empeorar su calidad de vida, juntamente con el dolor, los trastornos del sueño, la fatiga y los problemas emocionales.

Se dispone de muy pocos estudios que hayan cuantificado el porcentaje de pacientes que refieren quejas de problemas cognitivos. Uno de ellos es el de Katz, Heard, Mills y Leavitt (2004) *co-occurrence, and impact on symptom severity were assessed in 57 patients with fibromyalgia (FMS, quienes constataron la importancia de estos síntomas, al encontrar que un 70 % de los pacientes con fibromialgia manifestaban deterioro de la memoria, un 56 % confusión mental y un 40 % problemas en el lenguaje. Además, en su estudio compararon el rendimiento de pacientes con fibromialgia y pacientes con otras enfermedades reumatológicas sin fibromialgia, y comprobaron que las quejas cognitivas eran 2,5 veces más frecuentes en los pacientes con fibromialgia que en el resto de enfermedades reumatológicas estudiadas. Finalmente, estos autores señalan la fuerte asociación encontrada entre las quejas cognitivas de los pacientes con fibromialgia y la percepción de una mayor gravedad de la enfermedad y un empeoramiento de la salud mental. Este resultado apoyaría la hipótesis del importante papel que tendrían las quejas cognitivas en la percepción de la discapacidad y la magnitud de la enfermedad.*

2. Valoración objetiva de las funciones cognitivas

La valoración objetiva de la capacidad cognitiva en los pacientes con fibromialgia se ha realizado principalmente mediante pruebas neuropsicológicas, técnicas de neuroimagen y técnicas electrofisiológicas. A pesar de esta variedad de técnicas, hasta el día de

hoy no disponemos de suficientes evidencias para definir con precisión cuál es el perfil cognitivo de las personas con fibromialgia y tampoco para explicar cuál puede ser la naturaleza del patrón de funcionamiento cognitivo en esta enfermedad.

Resultados de los estudios mediante pruebas neuropsicológicas

Los estudios que han analizado el rendimiento cognitivo en las personas con fibromialgia mediante la utilización de pruebas neuropsicológicas han proporcionado resultados discordantes, lo que ha generado una falta de consenso entre los diferentes autores.

Tres son los factores principales que explican esta variabilidad en los resultados obtenidos en los diferentes estudios:

1. Escasez de estudios bien sistematizados, y muchos de ellos realizados con muestras pequeñas. Este hecho es de especial relevancia teniendo en cuenta la gran heterogeneidad de los pacientes con fibromialgia (Cherry *et alii*, 2014; Gelonch *et alii*, 2013; Kravitz y Katz, 2015)memory, and mental alertness-symptoms that have been termed "fibrofog" in popular and electronic media as well as in professional literature. "Fibrofog" is the subjectively experienced cognitive dysfunction associated with fibromyalgia and is a clinically important yet comparatively less well-studied aspect of the disorder; it includes loss of mental clarity (mental fogginess).
2. Muchos de los síntomas comórbidos presentes en la fibromialgia (depresión, ansiedad, fatiga, dolor, trastornos del sueño) tienen un impacto negativo en el rendimiento cognitivo, y este también puede verse afectado, además, por el efecto que tienen sobre las funciones cognitivas algunos de los tratamientos farmacológicos que se utilizan para el control del dolor. Estas variables no siempre han sido tenidas en cuenta o no se ha aplicado un adecuado control sobre ellas en los estudios que han evaluado el funcionamiento cognitivo (Kravitz y Katz, 2015; Russell, 2011).
3. Los problemas inherentes que conlleva aún hoy día la valoración neuropsicológica, como son la escasa validez ecológica de algunos de los instrumentos utilizados, así como su baja especificidad en la medición de los constructos cognitivos. Además, también resulta especialmente relevante para explicar la dispersión de los resultados la utilización de instrumentos diferentes entre los estudios para medir, teóricamente, un mismo dominio cognitivo (Cherry *et alii*, 2014; García-Molina, Tormos, Bernabeu, Junqué y Roig-Rovira, 2012)delayed recognition.

A pesar de estas discordancias en los resultados de los diferentes estudios, se han identificado unos dominios cognitivos en los que existe un mayor grado de acuer-

do en los resultados. En este sentido, se han aportado evidencias suficientes para constatar que las personas con fibromialgia presentan dificultades, principalmente, en los dominios de la memoria de trabajo y las funciones atencionales de mayor complejidad. Específicamente, estos pacientes parecen fracasar sobre todo en las tareas que requieren mantener temporalmente la información en su mente mientras debe trabajarse con ella (componente implicado en la memoria de trabajo), así como también en la realización de tareas que impliquen distracción o competir con otras fuentes de información. Todas estas tareas cognitivas requieren un control ejecutivo de la atención y forman parte del constructo de las funciones ejecutivas (Dick, Verrier, Harker y Rashid, 2008; Gelonch *et alii*, 2013; Glass, 2009; Miró *et alii*, 2011).

Respecto a las quejas que refieren los pacientes en relación específicamente con los problemas de memoria, la mayoría de evidencias apoya la hipótesis de que en la fibromialgia las dificultades en las funciones mnésicas no se deberían a un problema primario de la memoria, sino que la existencia de déficits atencionales impediría el funcionamiento óptimo de los procesos de codificación de la información, los cuales producirían de manera subsiguiente las dificultades en el posterior recuerdo de la información (Grace, Nielson, Hopkins y Berg, 2010).

Para el resto de dominios cognitivos que han sido explorados por algunos autores, como serían las habilidades atencionales básicas (arousal, la atención focalizada, la atención sostenida o la atención selectiva), diferentes componentes de las funciones ejecutivas (inhibición, impulsividad, flexibilidad cognitiva), el lenguaje o la velocidad de procesamiento de la información, los resultados aún no cuentan con la suficiente robustez para poder presentar resultados fiables (Gelonch *et alii*, 2013; Glass, 2009).

Resultados de los estudios mediante pruebas de neuroimagen y electrofisiológicas

En los últimos años ha suscitado un interés creciente la búsqueda de relaciones que permitan comprender cuáles son los mecanismos cerebrales subyacentes que puedan explicar una posible disfunción cognitiva en las personas con fibromialgia.

Los estudios realizados con técnicas de neuroimagen estructural y funcional en pacientes con dolor crónico han permitido constatar que la entrada nociceptiva anormal sostenida produce una serie de cambios maladaptativos en el cerebro, y se han identificado alteraciones en la morfología de la sustancia gris y blanca, y también en la actividad funcional y la conectividad cerebral. Además, estos estudios también han demostrado que los cambios cerebrales debidos a la neuroplasticidad pueden conducir a la persistencia del dolor, incluso en ausencia de entrada nociceptiva. Las regiones que has mostrado estas alteraciones son las relacionadas con la modulación somatosensorial, afectiva y cognitiva del dolor, como la corteza somatosensorial,

medial, la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior y posterior, la ínsula, la amígdala, el hipocampo y sustancia gris periacueductal (Coppieters *et alii*, 2016; Schmidt-Wilcke, 2015).

El estudio de los correlatos neurales de las funciones cognitivas de los pacientes con fibromialgia se han centrado en analizar algunos de los componentes de las funciones ejecutivas, como la memoria de trabajo o la inhibición. Aunque se dispone de pocos estudios, diversos de ellos han hallado alteraciones en la actividad neural en diferentes regiones cerebrales en los pacientes con fibromialgia. Uno de ellos es el de Seo *et alii* (2012) including memory problem. The objective of this study was to investigate the differences in neural correlates of working memory between FM patients and healthy subjects, using functional magnetic resonance imaging (MRI, quienes realizaron un estudio utilizando imágenes de resonancia magnética funcional durante la ejecución de una tarea de memoria de trabajo, en el que identificaron diferencias en varias regiones del cerebro que se han asociado con la memoria de trabajo, y encontraron, específicamente, una reducción de la activación en la red frontoparietal en el grupo de pacientes con fibromialgia respecto a los controles. Resultados semejantes fueron los aportados por Glass *et alii* (2011), quienes analizaron la actividad cerebral mediante neuroimagen funcional durante la realización de una tarea de inhibición motora, y evidenciaron una menor activación en diversas estructuras corticales relacionadas con la red de inhibición, especialmente en las áreas involucradas en la selección de respuestas y la preparación motora (área suplementaria, córtex premotor), y en la red atencional dorsal y ventral. Finalmente, Mercado *et alii* (2013) también encontraron alteraciones en la actividad neuronal prefrontal en un grupo de pacientes con fibromialgia durante la realización de una tarea de inhibición cognitiva, estudiada mediante la técnica de potenciales evocados cerebrales.

De todas maneras, también se han publicado resultados de otros estudios realizados con técnicas de neuroimagen que no identificaron diferencias en la actividad cerebral en los pacientes con fibromialgia respecto a los sujetos controles durante la realización de tareas de memoria de trabajo (Čeko *et alii*, 2015; Walitt *et alii*, 2016). Por todo ello, la controversia está servida.

3. Relación entre quejas cognitivas y rendimiento objetivo

Han sido muchos los estudios que han señalado la existencia de discordancias entre la experiencia subjetiva que refieren los pacientes respecto a su funcionamiento cognitivo y el rendimiento que estos presentan en las pruebas objetivas de memoria (Grace *et alii*, 2010; Kravitz y Katz, 2015; Shmygalev *et alii*, 2014). Esta falta de acuerdo no ha sido identificada únicamente en los pacientes con fibromialgia, sino que resultados en el mis-

mo sentido han sido reportados en diferentes colectivos estudiados, como en población mayor sana, pacientes con epilepsia o pacientes con depresión, entre otros, donde las quejas cognitivas se encontraron asociadas principalmente con síntomas depresivos (Balash *et alii*, 2013; Chin, Oh, Seo y Na, 2014; Liik, Vahter, Gross-Paju y Haldre, 2009; Svendsen, Kessing, Munkholm, Vinberg y Miskowiak, 2012; Velissaris, Wilson, Newton, Berkovic y Saling, 2009). En este sentido, las discordancias entre las percepciones de los pacientes con fibromialgia y el rendimiento en pruebas objetivas se han interpretado como un problema de apreciación subjetiva relacionado con una interpretación angustiosa de su capacidad más que un problema en el rendimiento cognitivo real (Walitt *et alii*, 2016). Además, cabe señalar que estas discordancias no se han identificado únicamente en la esfera cognitiva en los pacientes con fibromialgia, sino también en otras áreas sintomáticas, como en la valoración de la capacidad funcional (Hidding *et alii*, 1994).

Sin embargo, diversos autores han puesto de relevancia la posibilidad de que las quejas cognitivas que manifiestan los pacientes puedan relacionarse con otros componentes cognitivos diferentes a la memoria, como por ejemplo los componentes atencionales y ejecutivos, los cuales podrían repercutir posteriormente sobre las habilidades de memoria y, de esta manera, ser percibidos por los pacientes como *problemas de memoria* (Randolph, Arnett y Higginson, 2001). En este sentido, se han presentado resultados que han identificado asociaciones entre las quejas cognitivas subjetivas y diversos componentes de las funciones ejecutivas en diferentes subgrupos poblacionales sanos (Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2013; Stenfors, Marklund, Magnusson Hanson, Theorell y Nilsson, 2013; Weber, Mapstone, Staskiewics y Maki, 2012), y también en pacientes con fibromialgia (Landrø *et alii*, 2013; Tesio *et alii*, 2015), con la conclusión de que las experiencias subjetivas de los pacientes podrían reflejar auténticos déficits cognitivos en mayor medida de lo que se había venido sugiriendo.

Recientemente se han publicado los resultados de un estudio en el que analizábamos de manera específica el rendimiento de pacientes con fibromialgia en las funciones ejecutivas mediante pruebas objetivas y subjetivas, donde hallamos asociaciones entre ambas medidas en la memoria de trabajo, que se mantuvieron incluso después de controlar por los efectos de los síntomas emocionales. Además, los pacientes con fibromialgia presentaron diferencias significativas respecto al grupo control en su experiencia subjetiva en lo que se refiere al rendimiento que presentaban en los diferentes componentes de las funciones ejecutivas, donde más de la mitad de los pacientes con fibromialgia manifestaban haber experimentado problemas en el control de los impulsos, en la flexibilidad mental, en su capacidad para modular respuestas emocionales, en la iniciativa, en la memoria de trabajo y en la capacidad de planificación. La mayoría de estas diferencias entre los dos grupos desaparecieron al ajustar por los síntomas emo-

cionales, y se mantuvieron las diferencias en la memoria de trabajo (Gelonch, Garolera, Valls, Rosselló y Pifarré, 2016).

En conclusión, cada vez hay más apoyo respecto a considerar la percepción de quejas cognitivas de los pacientes con fibromialgia como un indicador fiable de los problemas cognitivos subyacentes, y posiblemente la disfunción cognitiva en esta enfermedad tenga como base una disfunción primaria en las funciones ejecutivas (Williams *et alii*, 2011). Además, las disociaciones halladas entre las medidas objetivas y subjetivas quizá puedan explicarse por el hecho de que ambos tipos de medidas parecen evaluar procesos diferentes: las pruebas cognitivas objetivas pueden evaluar las capacidades subyacentes, mientras que los cuestionarios de funcionamiento diario evalúan la aplicación de estas habilidades de la vida diaria. Por todo ello, las medidas subjetivas y objetivas pueden proporcionar información útil y complementaria para ayudar a comprender el alcance de la disfunción cognitiva presente en estos pacientes (Gelonch *et alii*, 2013; McAuley, Chen, Goos, Schachar y Crosbie, 2010).

4. Influencia de los trastornos emocionales

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con fibromialgia es muy elevada; existe una importante comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo) y el trastorno por abuso de sustancias (Crofford, 2015; Goesling, Clauw y Hassett, 2013). Uguz *et alii* (2010) identificaron una prevalencia del 48-77% de trastornos del Eje I de la clasificación multiaxial del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (American Psychiatric Association, 2000), y de ellos, los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad son los más frecuentes. Los resultados del estudio de la Encuesta Nacional de Salud de EE. UU. del año 2012 concluyeron que un 62,7% de las personas que cumplían criterios clínicos de fibromialgia presentaban un diagnóstico de depresión, y un 64,8% manifestaban síntomas de ansiedad frecuentemente (Walitt, Nahin, Katz, Bergman y Wolfe, 2015).

Los trastornos psiquiátricos comórbidos en la fibromialgia contribuyen, sin ningún lugar a dudas, a un empeoramiento en el funcionamiento cognitivo de estos pacientes y ocasionan una repercusión aún mayor en su funcionamiento diario. Sin embargo, debemos tener en cuenta que estos problemas psicológicos son una parte esencial del fenómeno clínico de la fibromialgia y que no tiene sentido que se interpreten aisladamente (Walitt *et alii*, 2016).

Conclusiones

El estudio de las alteraciones cognitivas en las personas con fibromialgia plantea aún muchos interrogantes, pues se dan demasiadas discordancias entre los diferentes estudios, por lo que es ampliamente reconocida la necesidad de que aumente el número de investigaciones que evalúan el dominio cognitivo. En cualquier caso, no se debe olvidar que se trata de una enfermedad con una gran complejidad, debido a sus comorbilidades y síntomas intrínsecos, así como a la enorme heterogeneidad de los pacientes. Por todo ello, para cambiar esta tendencia en la dispersión de los resultados, resulta imperiosa la realización de estudios que utilicen protocolos bien sistematizados, asumiendo unos modelos teóricos del funcionamiento cognitivo consensuados y aceptados por la comunidad científica, con muestras grandes, donde se controle el máximo de variables de confusión y se utilicen instrumentos de evaluación fiables y válidos.

Los resultados de los estudios actuales confirman la elevada frecuencia de quejas cognitivas por parte de los pacientes con fibromialgia, quienes refieren principalmente problemas para concentrarse, problemas de memoria, en la expresión verbal y en las tareas de atención dividida, que tienen una importante repercusión en su funcionamiento cotidiano.

Aunque diversos estudios han señalado la existencia de discordancias entre la experiencia subjetiva de los pacientes respecto a sus capacidades cognitivas y el rendimiento en las pruebas objetivas, neuropsicológicas y de neuroimagen, existe consenso en la identificación de alteraciones en algunos de los componentes de las funciones ejecutivas, principalmente en la memoria de trabajo y la capacidad de inhibición.

Los trastornos psiquiátricos, principalmente la ansiedad y la depresión, que son muy frecuentes en esta enfermedad, empeoran de manera significativa el rendimiento cognitivo de estos pacientes, lo que agrava la repercusión en su funcionamiento cotidiano y en la calidad de vida.

Cada vez se dispone de más apoyo en la consideración de las quejas cognitivas de los pacientes con fibromialgia como un indicador fiable de los problemas cognitivos subyacentes, por lo que estas quejas no deberían ser ignoradas en la práctica clínica.

Existe una clara necesidad de disponer de programas multidisciplinarios de atención a los pacientes con fibromialgia que contemplen, en primer lugar, el estudio de las funciones cognitivas en estos pacientes, para, posteriormente, poder intervenir sobre los dominios alterados con el objetivo de mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.^a ed.). Washington: DC.
- BALASH, Y.; MORDECHOVICH, M.; SHABTAI, H.; GILADI, N.; GUREVICH, T.; KORCZYN, A.D. (2013). «Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety, or cognitive decline?» *Acta Neurologica Scandinavica* 127, 344-50.
- ČEKO, M.; GRACEY, J.L.; FITZCHARLES, M.A.; SEMIONOWICZ, D.A.; SCHWEINHARDT, P.; BUSHNELL, M.C. (2015). «Is a Responsive Default Mode Network Required for Successful Working Memory Task Performance?» *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 35, 11595-605.
- CHERRY, B.J.; ZETTEL-WATSON, L.; SHIMIZU, R.; ROBERSON, I.; RUTLEDGE, D.N.; JONES, C.J. (2014). «Cognitive performance in women aged 50 years and older with and without fibromyalgia.» *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 69, 199-208.
- CHIN, J.; OH, K.J.; SEO, S.; NA, D.L. (2014). «Are depressive symptomatology and self-focused attention associated with subjective memory impairment in older adults?» *International Psychogeriatrics / IPA*, 1-8.
- COPPIETERS, I.; MEEUS, M.; KREGEL, J.; CAEYENBERGHS, K.; DE PAUW, R.; GOUBERT, D.; CAGNIE, B. (2016). «Relations between brain alterations and clinical pain measures in chronic musculoskeletal pain: A systematic review.» *The Journal of Pain* (2016).
- DICK, B.D.; VERRIER, M.J.; HARKER, K.T.; RASHIQ, S. (2008). «Disruption of cognitive function in fibromyalgia syndrome.» *Pain* 139, 610-6.
- GARCÍA-MOLINA, A.; TORMOS, J.M.; BERNABEU, M.; JUNQUÉ, C.; ROIG-ROVIRA, T. (2012). «Do traditional executive measures tell us anything about daily-life functioning after traumatic brain injury in Spanish-speaking individuals?» *Brain Injury: [BI]* 26, 864-74.
- GELONCH, O.; GAROLERA, M.; ROSSELLÓ, L.; PIFARRÉ, J. (2013). «Disfunción cognitiva en la fibromialgia [Cognitive dysfunction in fibromyalgia].» *Revista de Neurología* 56, 573-588.
- GELONCH, O.; GAROLERA, M.; VALLS, J.; ROSSELLÓ, L.; PIFARRÉ, J. (2016). «Executive Function in Fibromyalgia: Comparing Subjective and Objective Measures.» *Comprehensive Psychiatry* 66, 113-122.
- GLASS, J.M. (2009). «Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia: a convergence on working memory and attentional control impairments.» *Rheumatic Diseases Clinics of North America* 35, 299-311.
- GLASS, J.M.; WILLIAMS, D.A.; FERNANDEZ-SANCHEZ, M.L.; KAIRYS, A.; BARJOLA, P.; HEITZEG, M.M.; SCHMIDT-WILCKE, T. (2011). «Executive function in

- chronic pain patients and healthy controls: different cortical activation during response inhibition in fibromyalgia.» *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society* 12, 1219-29.
- GRACE, G.M.; NIELSON, W.R.; HOPKINS, M.; BERG, M.A. (2010). «Concentration and Memory Deficits in Patients with Fibromyalgia Syndrome.» *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 21, 37-41.
- HIDDING, A.; VAN SANTEN, M.; DE KLERK, E.; GIELEN, X.; BOERS, M.; GEENEN, R.; VAN DER LINDEN, S. (1994). «Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia.» *The Journal of Rheumatology* 21, 818-23.
- KATZ, R.S.; HEARD, A.R.; MILLS, M.; LEAVITT, F. (2004). «The prevalence and clinical impact of reported cognitive difficulties (fibrofog) in patients with rheumatic disease with and without fibromyalgia.» *Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic & Musculoskeletal Diseases* 10, 53-8.
- KRAVITZ, H.M.; KATZ, R.S. (2015). «Fibrofog and fibromyalgia: a narrative review and implications for clinical practice.» *Rheumatology International* 35, 1115-1125.
- LANDRØ, N.I.; FORS, E.A.; VÅPENSTAD, L.L.; HOLTHE, Ø.; STILES, T.C.; BORCHGREVINK, P.C. (2013). «The extent of neurocognitive dysfunction in a multidisciplinary pain centre population. Is there a relation between reported and tested neuropsychological functioning?» *Pain* 154, 972-7.
- LIIK, M.; VAHTER, L.; GROSS-PAJU, K.; HALDRE, S. (2009). «Subjective complaints compared to the results of neuropsychological assessment in patients with epilepsy: The influence of comorbid depression.» *Epilepsy Research* 84, 194-200.
- MCAULEY, T.; CHEN, S.; GOOS, L.; SCHACHAR, R.; CROSBIE, J. (2010). «Is the behavior rating inventory of executive function more strongly associated with measures of impairment or executive function?» *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 16, 495-505.
- MCGUIRE, B.E. (2013). «Chronic pain and cognitive function.» *Pain* 154, 964-5.
- MEASE, P.J.; ARNOLD, L.M.; CHOY, E.H.; CLAUW, D.J.; CROFFORD, L.J.; GLASS, J.M.; WILLIAMS, D.A. (2009). «Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct.» *The Journal of Rheumatology* 36, 2318-29.
- MEASE, P.J.; ARNOLD, L.M.; CROFFORD, L.J.; WILLIAMS, D.A.; RUSSELL, I.J.; HUMPHREY, L.; MARTIN, S.A. (2008). «Identifying the clinical domains of fibromyalgia: contributions from clinician and patient Delphi exercises.» *Arthritis and Rheumatism* 59, 952-60.
- MERCADO, F.; GONZÁLEZ, J.L.; BARJOLA, P.; FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, M.; LÓPEZ-LÓPEZ, A.; ALONSO, M.; GÓMEZ-ESQUER, F. (2013). «Brain correlates

- of cognitive inhibition in fibromyalgia: emotional intrusion of symptom-related words.» *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology* 88, 182-92.
- MIRÓ, E.; LUPIÁÑEZ, J.; HITA, E.; MARTÍNEZ, M.P.; SÁNCHEZ, A.I.; BUELA-CASAL, G. (2011). «Attentional deficits in fibromyalgia and its relationships with pain, emotional distress and sleep dysfunction complaints.» *Psychology & Health* 26, 765-80.
- PEDRERO-PÉREZ, E.J.; RUIZ-SÁNCHEZ DE LEÓN, J.M. (2013). «Quejas subjetivas de memoria, personalidad y sintomatología prefrontal en adultos jóvenes [Subjective memory complaints, personality and prefrontal symptomatology in young adults].» *Revista de Neurología* 57, 289-96.
- RANDOLPH, J.J.; ARNETT, P.A.; HIGGINSON, C.I. (2001). «Metamemory and tested cognitive functioning in multiple sclerosis.» *The Clinical Neuropsychologist* 15, 357-68.
- RUSSELL, J.I. (2011). «Dyscognition in the Fibromyalgia Syndrome.» *Journal of Musculoskeletal Pain* 19, 63-65.
- SCHMIDT-WILCKE, T. (2015). «Neuroimaging of chronic pain.» *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* 29, 29-41.
- SEO, J.; KIM, S.H.; KIM, Y.T.; SONG, H.; LEE, J.; KIM, S.H.; CHANG, Y. (2012). «Working memory impairment in fibromyalgia patients associated with altered frontoparietal memory network.» *PloS One* 7, e37808.
- SHMYGALEV, S.; DAGTEKIN, O.; GERBERSHAGEN, H.J.; MARCUS, H.; JÜBNER, M.; SABATOWSKI, R.; PETZKE, F. (2014). «Assessing Cognitive and Psychomotor Performance in Patients with Fibromyalgia Syndrome.» *Pain and Therapy* 3, 85-101.
- STENFORS, C.U.D.; MARKLUND, P.; MAGNUSSON HANSON, L.L.; THEORELL, T.; NILSSON, L.G. (2013). «Subjective cognitive complaints and the role of executive cognitive functioning in the working population: a case-control study.» *PloS One* 8, e83351.
- SVENDSEN, A.M.; KESSING, L.V.; MUNKHOLM, K.; VINBERG, M.; MISKOWIAK, K.W. (2012). «Is there an association between subjective and objective measures of cognitive function in patients with affective disorders?» *Nordic Journal of Psychiatry* 66, 248-53.
- TESIO, V.; TORTA, D.M.E.; COLONNA, F.; LEOMBRUNI, P.; GHIGGIA, A.; FUSARO, E.; CASTELLI, L. (2015). «Are Fibromyalgia patients cognitively impaired? Objective and subjective neuropsychological evidence.» *Arthritis Care & Research* 67, 143-150.

- UGUZ, F.; CIÇEK, E.; SALLI, A.; KARAHAN, A.Y.; ALBAYRAK, I.; KAYA, N.; UĞURLU, H. (2010). «Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia.» *General Hospital Psychiatry* 32, 105-7.
- VELISSARIS, S.L.; WILSON, S.J.; NEWTON, M.R.; BERKOVIC, S.F.; SALING, M.M. (2009). «Cognitive complaints after a first seizure in adulthood: Influence of psychological adjustment.» *Epilepsia* 50, 1012-21.
- WALITT, B.; ČEKO, M.; KHATIWADA, M.; GRACELY, J.L.; RAYHAN, R.; VANMETER, J.W.; GRACELY, R.H. (2016). «Characterizing “fibrofog”: Subjective appraisal, objective performance, and task-related brain activity during a working memory task.» *NeuroImage: Clinical* 11, 173-180.
- WALITT, B.; NAHIN, R.L.; KATZ, R.S.; BERGMAN, M.J.; WOLFE, F. (2015). «The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey.» *PloS One* 10, e0138024.
- WEBER, M.; MAPSTONE, M.; STASKIEWICS, J.; MAKI, P. (2012). «Reconciling subjective memory complaints with objective memory performance in the menopausal transition.» *Menopause* 19, 735-741.
- WILLIAMS, D.A.; CLAUW, D.J.; GLASS, J.M. (2011). «Perceived Cognitive Dysfunction in Fibromyalgia Syndrome.» *Journal of Musculoskeletal Pain* 19, 66-75.
- WOLFE, F.; CLAUW, D.J.; FITZCHARLES, M.A.; GOLDENBERG, D.L.; HÄUSER, W.; KATZ, R.S.; WINFIELD, J.B. (2011). «Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia.» *The Journal of Rheumatology* 38, 1113-22.
- WOLFE, F.; CLAUW, D.J.; FITZCHARLES, M.A.; GOLDENBERG, D.L.; KATZ, R.S.; MEASE, P.J.; YUNUS, M.B. (2010). «The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity.» *Arthritis Care & Research* 62, 600-10.

Abordaje de la fibromialgia. Discursos desde la antropología

Carme Campoy Guerrero¹

1. Introducción

Alrededor del 10% de la población padece dolor: este es un dato que denota un problema de salud pública altamente preocupante. Cabe destacar que, en la mayor parte de los casos, no es el dolor lo que lleva al sujeto a buscar atención médica, sino el sufrimiento.

Esta afirmación nos conduce a una consideración de gran importancia en el caso de las enfermedades crónicas y, especialmente, de aquellas que cursan con dolor, como la fibromialgia: la diferenciación entre dolor y sufrimiento, entre enfermedad y padecimiento; en la literatura anglosajona podemos encontrar una distinción clara entre *illness* y *disease*, como elementos constituyentes del fenómeno de estar enfermo: *sickness*.

Disease, traducido como «enfermedad», connota la visión biomédica compartida por los profesionales del ámbito de las ciencias de la salud; así pues, se refiere al deterioro de los procesos biológicos y psicológicos.

Sin embargo, *illness*, «padecer» en español, hace referencia a los significados atribuidos por parte de pacientes, familiares y su entorno social con respecto a la enfermedad, término este, por consiguiente, de contenido social (Sarudiansky, 2013).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, en su definición de *salud*, no solo hace referencia a un estado completo de bienestar físico, sino también mental y social, de manera que no se reduce a la ausencia de enfermedad o malestar.

¹ Fisioterapeuta y antropóloga. Unidad de Fibromialgia, SFC y SQM. Hospital Universitario de Santa María de Lleida.

2. Antropología aplicada a la salud

«Entender ayuda a aceptar» (Alfonso, 2007).

La antropología, más allá de lo observable y cuantificable, se interesa por aspectos cualitativos de la salud y la enfermedad. Es objeto de estudio:

- la desarmonía crónica existencial que acontece en el individuo enfermo;
- las adaptaciones vitales que lleva a cabo a causa de su padecimiento;
- cómo se traduce la enfermedad, instalada en su interior.

En definitiva, analiza el sufrimiento tanto físico como moral del enfermo desde la óptica del paciente con dolor crónico (perspectiva émic) y desde la visión biomédica del proceso patológico (perspectiva étic) (Aceituno, 2013).

Con estos principios, la antropología puede ser útil al estudiar el significado del simbolismo individual frente a la enfermedad, al analizar el discurso del enfermo y descubrir cómo se erige en muro que impide al enfermo escuchar y valorar propuestas nuevas de ayuda. La antropología parte del reconocimiento de la necesidad de articular todos los ámbitos de expresión y relación de la persona enferma, así como la trascendencia social de su padecimiento, es decir, conceptualiza las deficiencias, enfermedades y desarmonías como situaciones complejas y polivalentes, como una realidad variada de concepciones, imágenes y representaciones de los males que trastocan la ubicación del individuo en su medio social, natural, cultural.

Por otro lado, entender qué está viviendo como sujeto inmerso en sociedad, sujeto a diferencias agencias, propias y de los actores relacionados, que constituyen un entramado de espacios de poder, ayuda al enfermo a aceptar y convivir con su enfermedad, incluso le permite contar con herramientas para ser sujeto activo en su nuevo estatus y que le permiten aliviar su carga del dolor y el sufrimiento.

En resumen, la antropología de la enfermedad y el dolor supone una ciencia armonizadora de tendencias culturales distintas: interlocutora y bisagra de sistemas de pensamiento que comportan modos diversos de entender y conseguir bienestar en el individuo.

Por todo lo mencionado, hablaremos de *personas con padecimientos crónicos*, mejor que de *enfermedades crónicas*.

3. Antropología del dolor

Desde la antropología se considera que el dolor no es un hecho fisiológico, sino existencial (Le Breton, 1995). En efecto, el dolor agudo constituye una preciosa percepción con un importante papel en la supervivencia, porque su presencia indica que, por

mecanismos varios, está existiendo o, si persisten los mismos, existirá daño tisular. El dolor crónico trasciende a la mera neurofisiología de las vías nociceptivas y pone en juego funciones cognitivas como la memoria o la emoción, de manera que se halla en la esfera de lo psicosocial. Dicho en otras palabras: se trata de existencias atravesadas de dolor (Bustos, 2000).

La alegría y el placer se dan y se viven en la vida cotidiana como una experiencia familiar, mientras que el dolor y el sufrimiento se ven y se viven como algo ajeno y extraño que rompe el tejido de las costumbres y hábitos que destilan el placer de vivir (David Le Breton, 1999); de esta manera, el dolor como hecho existencial supone una tensión entre lo que puede hacerse y lo que debe aceptarse; esta limitación conlleva a menudo una experiencia dominada por la ruptura con la vida (Heidegger), porque el dolor tiene la capacidad de destruir el mundo, de amoldar el mundo a la percepción dolorosa, frustrada, del sufriente (Byron Good).

Esto se traduce en una bioalteración biográfica por una refundición del individuo que se manifiesta por varios fenómenos:

- el cuerpo empieza a dejar de ser invisible;
- el cuerpo resulta ajeno;
- tiene lugar un desdoblamiento entre la nostalgia del pasado y el presente;
- finalmente, la conducta sufre modificaciones como la pérdida de interés por el otro y el repliegue del individuo, ya mencionados antes.

Por otro lado, no hay que olvidar que el dolor es a la vez la menos probada y la menos comunicable de todas las experiencias (Hanna Arendt) y que el umbral de resistencia al dolor es más alto en el enfermo que en las personas que lo rodean, por eso es común que la única alternativa sea soportarlo en soledad, y que experimentar un mundo compartido pueda ser la clave para soportar las contrariedades que comporta la enfermedad.

4. Estar en el mundo del paciente con fibromialgia²

La vida cotidiana es una provincia de la realidad en la que encontramos directamente, como condición de nuestra vida, supuestos naturales y sociales y realidades preestablecidas a los que debemos tratar de hacer frente (Jackson, 1996:20). El estar-en-el-mundo de una persona con dolor crónico es producto de la experiencia íntima con su cuerpo (Heidegger), percibido como máquina dañada: «Para quien sufre, el cuerpo no es simplemente un estado físico, sino una parte esencial del ser» (Byron Good).

² Zegarra, 2012.

Al extrañamiento del propio cuerpo, al duelo y la nostalgia de la otra personalidad, junto con el sentimiento de culpa, cuando el propio paciente comparte la incompreensión y el estigma de la enfermedad con la sociedad, bajo las máscaras de normalidad, tiene lugar un cambio de identidad, como hemos podido ver, de gran complejidad.

5. Dualismo biomédico y dolor

En la tradición aristotélica (*Ética a Nicómaco*) se considera el dolor como una forma particular de la emoción, es la medida del hombre tocado en lo más profundo de su intimidad. Es a partir de Descartes cuando se inaugura la idea de enfermedad como una disfunción de la mecánica corporal que reduce al sufriente a una posición pasiva y ajena al trastorno que se asienta en su cuerpo.

A partir de ese momento y con el positivismo, toda aquella alteración que se asienta en el cuerpo, medible y evidenciable, ingresa en la esfera de lo cierto, y todo aquello que no se puede medir ni comprobar pasa a formar parte del limbo de los fenómenos, en el mejor de los casos, dudosos, y a menudo, bajo sospecha de invención o manipulación.

Desde entonces triunfa la dicotomía cuerpo-mente y se traslada a las ciencias de la salud provocando un efecto pernicioso en la figura del doliente.

En la era de la modernidad, la sociedad de los países desarrollados ha sufrido un proceso de medicalización que excluye aquellos males intratables por un sistema médico hegemónico y etnocéntrico.

Cabe señalar que esta concepción dualista del individuo, de salud y enfermedad, no es compartida con carácter universal; muy al contrario, en la actualidad, entre el 75 y el 80% de la población mundial hace uso de la medicina tradicional, basada en sistemas médicos que comparten una visión holística del individuo y de su padecimiento, considerando la enfermedad en sus diferentes dimensiones: física, emocional y social.

6. Aspectos de la atención sanitaria³

Partiendo del dualismo cartesiano, la formación en ciencias de la salud padece un vacío formativo, cada vez menor, sea dicho de paso, en lo que respecta a la dimensión psico-social del individuo, de manera que se entrena a los futuros profesionales de la salud para cuidar, tratar o curar cuerpos enfermos, no a personas sufrientes. Por otro lado, un padecimiento como el que se da en la fibromialgia carece de categorización clara en el ámbito médico, que lo sitúa en un estado de *liminalidad*,⁴ sin identidad en el campo

³ Tosal, 2008.

⁴ El concepto de *liminalidad* es una noción desarrollada por Arnold Van Gennep, tomada posteriormente por Victor Turner, y alude al estado de apertura y ambigüedad que caracteriza a la fase intermedia de un tiempo-espacio tripar-

de la medicina; por añadidura, en el momento histórico actual, en que se cuenta con grandes avances tecnológicos que permiten paliar el dolor, un dolor intratable, como es el que caracteriza a la fibromialgia, resulta altamente insatisfactorio para los profesionales responsables de paliar el mismo, dado que se trata de una condición invisible en una era de alta tecnología biomédica.

Esta situación hace que la fibromialgia suponga un desafío al modelo biomédico tradicional de la enfermedad, al traspasar las múltiples fronteras que constituye la biomedicina, dada su naturaleza compleja que obliga a enfoques multimodales que no existen en la práctica clínica. Así pues, esta enfermedad se convierte en tierra de nadie, fuera de la moralidad habitual y los códigos que rodean la enfermedad y la salud; dicho de otro modo, existe una gran confusión moral en torno a estos pacientes, que encarnan una condición ontológica incierta y evidencian que el enfoque unilateral de la terapéutica hegemónica en los países desarrollados, desde las ciencias naturales, es insuficiente.

El resultado de esta laguna formativa en los individuos a los cuales la sociedad responsabiliza del bienestar de los sujetos sufrientes puede ser la adquisición de una postura humilde, acorde con la asunción de una limitación, o bien, un posicionamiento defensivo; es entonces cuando el paciente afecto de fibromialgia se siente maltratado por los profesionales responsables de ofrecerles cuidado, porque la certidumbre del paciente se encuentra frontalmente con la duda del profesional, consecuencia de la falta de verificación de la condición de sufriente, ya que se continúa buscando un enfermo que tratar, no un sufriente que aliviar.

Cuando se da esta situación, la consulta médica deja de ser un espacio en el cual dos individuos, sanitario y paciente, se alían en una misma lucha; más bien al contrario: a menudo la consulta es un campo de batalla entre dos deslegitimaciones, la del profesional médico, que trata de probar que el padecer del paciente no es cierto, y la de este último, que intenta por todos los medios demostrar que su padecimiento es físico, única vía de reconocimiento.

El resultado es la fabricación de «guetos culturales» alrededor de la tiranía del dolor, de la falta de salud y disfrute de la vida, porque así como la dimensión del ser humano es amplia y de variada expresión, sus males y enfermedades también; en otras palabras, es un ser social, no solo un conjunto de estructuras y funciones que conforman un cuerpo.

tito (una fase preliminar o previa, una fase intermedia o liminal y otra fase posliminar o posterior). La liminalidad se relaciona directamente con la *communitas*, puesto que se trata de una manifestación antiestructura y antijerarquía de la sociedad, es decir, de una situación en donde una comunión «espiritual» genérica entre los sujetos sociales sobrepasaría las especificidades de una estratificación. Se trata, por consiguiente, del momento donde las identidades triviales quedan suspendidas, lo que precisamente permite «el paso» entre una condición social y otra.

Cabe señalar que ningún medicamento, por sofisticado que sea, devuelve el bienestar unilateralmente a quienes han tejido una percepción, un concepto de la existencia y una vivencia dentro del circuito cerrado de la enfermedad.

7. Formas de conocimiento científico. Proceso de nominación

Las formas de conocimiento científico tienden a enmarcar la fibromialgia en el Síndrome de Sensibilización Central. Dentro del modelo biopsicosocial, esta desregulación responde a una alteración de la actividad neuronal en el sistema nervioso central, lo que podría generar una disfunción en la transmisión y percepción del dolor.

Sin embargo, hay otros elementos centrales en la génesis de la enfermedad: factores estresantes, agudos o mantenidos en el tiempo, que provocan una menor capacidad del individuo para tolerar, física y psicológicamente, elementos de estrés, ansiedad o estados depresivos, de manera que el paciente fibromiálgico entiende la enfermedad como algo que está vinculado al ámbito social.

8. Construcción social⁵ de la fibromialgia

Zborowski en el año 1952 y Zola en 1966 realizaron un estudio comparativo sobre la expresión y percepción del dolor que mostraba individuos pertenecientes a diferentes culturas, y demostraron que existe una identidad cultural asociada al dolor; del mismo modo, todas las enfermedades se construyen socialmente a nivel experimental, según cómo los individuos comprenden y viven la enfermedad, ajena o propia; en el mismo orden de cosas, la experiencia de la enfermedad, valencias morales y significados atribuidos por los diferentes actores involucrados, ya sean profesionales de la salud, afectados o personas cercanas, no están necesariamente determinados por la naturaleza, sino que están contruidos y desarrollados por los intereses, decisiones y agencias de todos estos actores. El resultado es que algunas entidades clínicas trascienden el plano físico, cobrando gran peso la dimensión psicosocial de las mismas; sin embargo y es paradójico, el tratamiento y la evaluación de estos sujetos corre a cargo de estructuras públicas del sistema médico.

El construccionismo social, socioconstruccionismo o más recientemente construccionismo relacional es una teoría sociológica y psicológica del conocimiento que considera cómo los fenómenos sociales se desarrollan particularmente desde contextos sociales. Las enfermedades se encuentran particularmente incrustadas en un significado cultural.

⁵ Conrad, 2010; Nortin, 2014; Altamirano, 2007.

Este proceso media el hecho de que un concepto o práctica pueda parecer natural, obvio y de carácter universal, aunque en realidad se trate de una invención o artefacto compartido por una sociedad particular. Este fenómeno alimenta falsas creencias respecto a la existencia del sujeto afecto de fibromialgia, dado que no puede cumplir con las expectativas propias y de la sociedad, encarnada en las personas de su entorno, respecto a las características que dan valor a la persona.

Si se cuestiona a las personas afectas de fibromialgia sobre cuál es la limitación adscrita a la enfermedad que más sufrimiento les produce, en las respuestas se repiten de forma dramática tres aspectos relacionados con la asunción del rol que confiere valor a la persona dentro de la sociedad de los países desarrollados:

El construccionismo social es un marco conceptual que hace hincapié en los aspectos históricos y culturales de los fenómenos concebidos a menudo como exclusivamente naturales.

- la dificultad para cumplir con las responsabilidades domésticas, ya sean de higiene o de gestión de la familia;
- la imposibilidad, cuantitativa y cualitativa, de mantener la actividad laboral previa a la enfermedad;
- las transformaciones observadas dentro del ámbito relacional íntimo.

Analicemos brevemente qué falsas creencias esconde cada una de estas circunstancias moralmente dolorosas:

Dificultad para cumplir con las responsabilidades domésticas, ya sean de higiene o de gestión de la familia

Incluso en el momento actual, en que la mujer se ha incorporado al mercado laboral de manera más o menos generalizada, persiste la creencia de que, por el hecho de serlo y como algo natural, es la mujer quien debe hacerse cargo del cuidado de la familia, incluyendo a hijos, pareja y progenitores; la vocación para desempeñar este trabajo informal e invisible es incuestionable tanto para el propio individuo como para los de su alrededor, y se le otorga un valor moralmente aceptado, dado que involucra aspectos emotivos por el hecho de que son las personas queridas las que se constituyen como objeto y beneficiarios de esta actividad.

Imposibilidad, cuantitativa y cualitativa, de mantener la actividad laboral previa a la enfermedad

En una sociedad con profundos valores morales capitalistas, la actividad laboral en sí misma, independientemente de la calidad de la misma, dota de valor a la persona: la in-

capacidad para desarrollar la actividad productiva resulta vertebral en la concepción y valencia moral de la enfermedad; no en vano se ha conceptualizado a menudo de gandules y manipuladores a estos individuos, caracterizados, previamente a la enfermedad, por una actitud excesiva, hiperactiva, en la actividad laboral. Un dato que alivia la culpabilidad subyacente a esta limitación en el individuo es el hecho de que en otros lugares del mundo el ciudadano se valora no por su capacidad productiva, sino por su capacidad reproductiva.

Transformaciones observadas dentro del ámbito relacional íntimo

Cuando alguien padece una enfermedad crónica, tiende a sufrir un proceso de repliegue y aislamiento, al tiempo que los de su alrededor dejan de interesarse por el sufriente. El ser humano es un ser de naturaleza social; en el caso de las personas afectadas de fibromialgia, además, por lo común, previamente a la enfermedad, han padecido una gran necesidad de aceptación por parte del grupo en el que se hayan adscritos, ya sea en el ámbito laboral o familiar; esta necesidad los conduce a menudo a priorizar las demandas exteriores a las propias; cuando se manifiesta la enfermedad, la incapacidad para continuar satisfaciendo las exigencias externas sumerge al individuo en un profundo estado de frustración.

9. El estigma de la enfermedad⁶

Las personas afectadas de fibromialgia no presentan estigmas visibles. La invisibilidad de la enfermedad se acompaña de una estigmatización por parte de la sociedad y, a menudo, del propio individuo, por los motivos antes descritos (Aceituno Gómez, 2013). Parte de este estigma viene mediado por la incomprensión, que constituye una de las repercusiones más negativas de la enfermedad y que acarrea una serie de inconvenientes sociales, como por ejemplo, el no reconocimiento de la misma por la comunidad médica y social; todo ello repercute negativamente en el sujeto, que renuncia a la vida en sociedad bajo el temor de recibir críticas tales como «si se encuentra tan mal, ¿por qué va al baile?», o «si tuviera tanto dolor como dice, no iría a andar o a nadar cada día», o bien «mira qué buena cara hace, no debe de estar tan enferma»: estas críticas conducen a la evitación de actividades como bailar, caminar o nadar, todas ellas, al tratarse de ejercicio aeróbico, evidenciadas científicamente como beneficiosas para esta población.

El enfermo a menudo niega la enfermedad, la oculta como forma defensiva ante el estigma que produce el padecimiento; la estrategia más común consiste en intentar

⁶ Goffman, 1995; Carrasco, 2008.

mantener una actividad laboral para la cual ya no está capacitado y que constituye un mecanismo insidioso de perpetuación y agudización de los síntomas de la fibromialgia, alimentado además por la imposición social de vivir en la denominada «normalidad» bajo amenaza de ser excluido de la misma.

En otros casos se da el fenómeno contrario: se reivindica la visibilización de la llamada *enfermedad invisible*, con acciones de resistencia tales como la participación en foros de internet o el activismo en asociaciones de enfermos.

10. Conclusión

1. Cuando el dolor se hace total, los pacientes se sienten inmersos en un sufrimiento que los envuelve por entero; entonces, hablar de dolor, de enfermedad y, en el caso de la fibromialgia, hablar de dolor crónico incapacitante para continuar con el propio proyecto de vida, significa hablar de vidas truncadas, de un sufrimiento que trasciende el dolor, aunque este sea signo de un sufrimiento que autoriza socialmente a la búsqueda de ayuda médica.

2. Los profesionales de la salud se constituyen entre los colectivos a los que la sociedad inviste de la responsabilidad de aliviar al individuo sufriente.

3. Seguir caminando sobre el dualismo cuerpo-mente para interpretar enfermedades como la fibromialgia, que afectan a todas las dimensiones de la persona, es un error y una limitación que nos incapacita para comprender la naturaleza de esta y muchas otras enfermedades.

4. El etnocentrismo del sistema médico supone una importante limitación solo salvable desde la humildad del que se sabe ignorante o, en cualquier caso, no suficientemente sabio; solo bajo esta mirada seremos capaces de aprender aquello que ignoramos para poder cuidar a estos individuos que nos necesitan. Independientemente de dónde se asiente su mal, ya sea en el cuerpo o en el alma, se trata de sujetos sufrientes, y nuestro papel es ayudarlos, para lo cual no basta con saber, hay que saber ser.

11. Referencias

- ACEITUNO, J.; MUÑOZ, A. (2013). «Aproximación antropológica al síndrome de dolor miofascial. Una propuesta de intervención.» *Rev Soc Esp Dolor* 20, 170-175.
- APARICIO MENA, A.J. (2007). «La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos.» *Gazeta de Antropología* 23.
- BUSTOS, R. (2000). «Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton.» *Acta Bioethica* año VI 1.
- CARRASCO, M.; Márquez, M. (2008). «El valor afectivo simbólico de los foros de fibromialgia.» (Ponencia) en XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Donostia.
- CONRAD, P. (2010). «La construcción social de la enfermedad: perspectivas y políticas clave. Trascendencia.» *Revista de Salud y Comportamiento Social* 51, 67-79.
- GOFFMAN, E. (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- LE BRETON, D. (1999). *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral.
- MORENO-ALTAMIRANO, L. (2007). «Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento enfermedad-atención: una mirada socioantropológica.» *Salud Pública Mex* 49, 63-70.
- NORTIN, M.; HADLER, M.D.; GREENHALGH, S. (2004). «Labeling Woefulness: The Social Construction of Fibromyalgia.» *Spine* 30, 1-4.
- SARUDIANSKY, M. (2013). «Dolor crónico y fibromialgia, atribuciones y terapias.» V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX.
- TOSAL, B. (2008). «El cuerpo como excusa. El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología.» *Index de Enfermería* 17.
- ZEGARRA, M. (2012). «Viviendo con dolor crónico: un acercamiento fenomenológico a la fibromialgia.» *Hontanar* 14.

Factores asociados con el suicidio en pacientes con fibromialgia: una revisión actualizada

Ruth Castelló Vicent,¹ Pilar Montesó-Curto²

1. Resumen

Introducción. La fibromialgia (FM) es una enfermedad que se ha visto asociada a una alta prevalencia de comportamientos suicidas, en los que se incluyen tanto las ideas suicidas, como los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Sin embargo, la literatura referente al suicidio y a sus factores de riesgo en la FM es escasa.

Objetivos. Examinar los estudios recientes que relacionan los comportamientos suicidas en los pacientes diagnosticados de FM, conocer cuáles son los factores de riesgo de suicidio en personas con esta enfermedad y los motivos percibidos que les llevan a pensar o cometer el acto del suicidio.

Diseño. Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y CINHALL entre los años 2010 y 2014. En total se analizaron 24 artículos, y predominaron las investigaciones procedentes de España, Dinamarca, Estados Unidos de América, Canadá, Colombia, Suecia y Reino Unido.

Resultados. Los pacientes con FM tienen un riesgo importante de muerte por suicidio. Estos pacientes se sienten incomprendidos, tristes, frustrados, y piensan que se les cuestiona la credibilidad de la FM, enfermedad que limita las actividades de la vida diaria.

Conclusión. El riesgo de suicidio es debido a factores asociados como la depresión, el dolor crónico, la ansiedad, los sentimientos de carga, el desempleo y el uso de fármacos.

Palabras clave: fibromialgia, suicidio, factores de riesgo y dolor crónico.

1 RN, Staff Nurse, Emergency Department. Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust.

2 RN, PhD, Facultad de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili.

2. Introducción

La fibromialgia (FM) está asociada a un incremento de la mortalidad por suicidio y está relacionada con importantes factores de riesgo de suicidio, como es el dolor crónico, síntoma principal de esta enfermedad. La literatura sobre la relación entre el dolor crónico y el suicidio es abundante, y se ha demostrado que sentir dolor físico crónico eleva claramente el riesgo de suicidio y que experimentar dolor psicológico o emocional es un predictor muy potente de muerte por suicidio. Sin embargo, son pocos los estudios que analizan la relación entre la FM y los comportamientos suicidas.^{1, 2, 3}

Aunque el síndrome de la FM se caracteriza por dolor crónico, los trastornos del sueño se manifiestan en más del 90 % de los pacientes, y la sintomatología depresiva, incluyendo el trastorno depresivo mayor, también es bastante común. Este espectro sintomatológico hace que la FM pueda estar asociada a un mayor riesgo de comportamientos suicidas.⁴

Debido a estos trastornos psicológicos y somáticos que acompañan a los pacientes con FM, nos parece interesante analizar la relación existente entre el suicidio y la FM, así como conocer cuáles son los factores de riesgo de suicidio relacionados con esta enfermedad que ocasiona importantes limitaciones en la vida de las personas y que ha sido calificada por la Sociedad Española de Reumatología como un problema de salud pública de primer orden.⁵

3. Material y método

Se llevó a cabo una revisión de la literatura entre los meses de enero y febrero del 2015 mediante la búsqueda en bases de datos específicas de enfermería: PubMed, Scopus y Cinhal. La bibliografía ha sido acotada a cinco años como máximo de antigüedad para que toda la información esté actualizada. Y se han aplicado varios límites en las bases de datos, como por ejemplo, publicaciones escritas en inglés o español con acceso al texto completo. En la tabla 1 se encuentra la estrategia de búsqueda llevada a cabo en las bases de datos.

En la tabla 2 están los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1. Bases de datos y términos de búsqueda

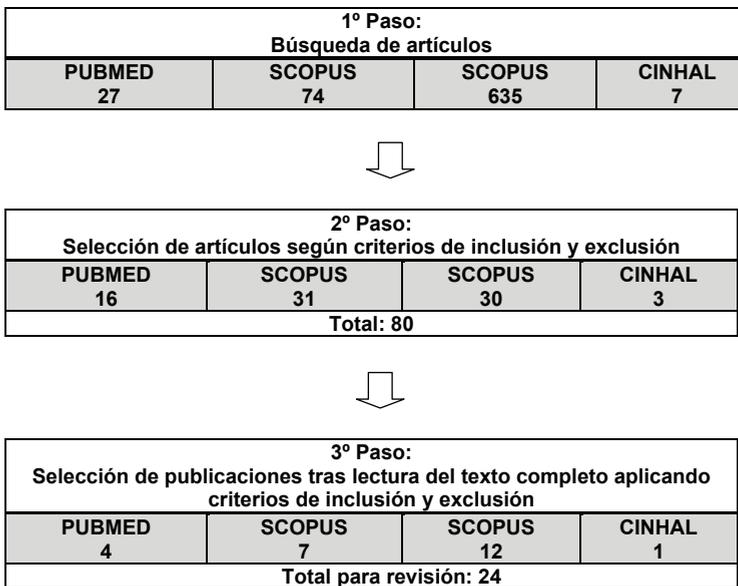
SCOPUS	Suicide AND Fibromyalgia; Suicide AND Fibromyalgia OR Chronic Pain
CINAHL	Risk factors AND Suicide AND Fibromyalgia
PUBMED	Suicide AND Fibromyalgia

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos relacionados con el suicidio y la FM	Artículos no relacionados con el tema
Últimos cinco años	Más de cinco años
Texto completo	No disponibles en texto completo o en línea
Estudios originales (cualitativos, cuantitativos, combinados o revisiones bibliográficas)	
Publicaciones escritas en inglés o español	

Se identificaron 80 publicaciones tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión en el paso 1. En el paso 2 se excluyeron aquellos artículos que carecían de texto completo, y quedaron un total de 24 artículos, que fueron incluidos para la revisión.

Figura 1. Resultado de la estrategia de búsqueda.



4. Resultados

En la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 24 artículos en total para la revisión. Las publicaciones seleccionadas proceden de siete países (España, Dinamarca, Estados Unidos de América, Canadá, Colombia, Suecia y Reino Unido) y abarcan el periodo comprendido entre 2010 y 2014. La tabla 3 muestra los artículos seleccionados y los resultados.

Tabla 3. Resultados de los estudios incluidos en la revisión

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados más relevantes
Jiménez-Rodríguez et alii España (2014) ¹	Evaluar la prevalencia de la ideación suicida y el riesgo de suicidio.	Diseño: Cuantitativo. Métodos: Cuestionario a 126 sujetos: 44 con FM, 50 sujetos sanos y 32 con dolor lumbar.	Pacientes con FM: depresión más alta, peor calidad de sueño y salud mental significativamente menor. El 41 % ideación suicida pasiva, y el 13,6 % activa. Presencia de riesgo de suicidio mayor en FM.
Calandre et alii España (2011) ²	Evaluar la prevalencia de intentos previos de suicidio en pacientes con FM y su posible relación con las características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad.	Diseño: Cuantitativo. Métodos: Cuestionario anónimo a diferentes asociaciones de pacientes con FM en siete ciudades del sur de España.	Correlación positiva entre el dolor, mala calidad de sueño, ansiedad, depresión y riesgo de suicidio. El 16,7 % informó 1-3 intentos previos de suicidio. El 50 % de los que intentaron suicidarse estaban desempleados o de baja por enfermedad.
Dreyer et alii Dinamarca (2010) ⁶	Analizar si la FM y sus síntomas están relacionados con el aumento de la mortalidad.	Diseño: Estudio de cohorte prospectivo. Métodos: Se identificaron 1361 pacientes remitidos durante el periodo 1984-1999, debido a la sospecha de FM, y se calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por causas específicas.	La magnitud del exceso de riesgo de mortalidad por suicidio en pacientes con FM es igual durante el tiempo desde el diagnóstico. Entre pacientes con FM: 1 muerte por suicidio 1-4 años después del diagnóstico, y otra > 5 años después. El dolor es una de las principales razones para el suicidio.
Calandre et alii España (2014) ⁴	Evaluar la prevalencia de ideación suicida entre pacientes con FM y su relación con la sintomatología clínica de la FM.	Diseño: Estudio transversal. Método: Se recogieron datos de 373 pacientes con FM: 353 mujeres y 20 hombres.	Ideación suicida muy prevalente entre pacientes con FM (48 %), y se asocia más con los síntomas mentales (depresión, ansiedad, insomnio) que con los físicos (dolor).
Tríñanes et alii España (2014) ⁸	Analizar la relación entre la ideación suicida en FM con variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas.	Diseño: Cuantitativo. Método: Se evaluaron 117 mujeres con FM mediante cuestionarios y escalas.	Prevalencia de ideación suicida entre pacientes con FM del 32,5 %. Mayores niveles de depresión, ansiedad, somnolencia y limitaciones por problemas emocionales y físicos en los que reportaron ideas suicidas.
Ilgen et alii EE. UU. (2013) ¹²	Examinar las asociaciones entre los diagnósticos clínicos de las condiciones de dolor no cancerígeno y el suicidio.	Diseño: Análisis retrospectivo de datos. Método: Datos de una muestra nacional de personas que recibieron servicios en el Sistema de Salud del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), entre los años 2005-2006.	El dolor de espalda, migraña, dolor de cabeza, FM y dolor psicógeno se asociaron con más riesgo de muerte por suicidio. Métodos más comunes de suicidio: armas de fuego (67,9 %) y las intoxicaciones (16,6 %).

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados más relevantes
Wolfe et alii EE. UU. (2011) ⁷	Determinar si la mortalidad se incrementa en los pacientes diagnosticados de FM.	Diseño: Cuantitativo. Métodos: Se estudiaron 8186 pacientes con FM atendidos entre 1974 y 2009.	La mortalidad no parece aumentar en pacientes diagnosticados de FM, pero sí incrementó el riesgo de muerte por suicidio y accidentes.
Fishbain, Lewis, y Gao. EE. UU. (2014) ⁹	Examinar los datos pasados y recientes sobre la asociación entre el dolor y las tendencias suicidas.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Revisión de artículos mediante bases de datos como Medline, Embase, AMED.	Se solidifica la evidencia de una asociación entre el dolor y las ideas de suicidio, los intentos y la consumación del suicidio con pacientes con dolor agudo y dolor crónico.
Hasset, Aquino e Ilgen. EE. UU. (2014) ¹¹	Examinar las investigaciones recientes sobre los factores de riesgo de la mortalidad por suicidio en pacientes con dolor crónico.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Revisión de artículos publicados entre el 2001 y el 2013.	Los pacientes con dolor crónico tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio, y este riesgo parece ser debido a la relación con la depresión y los trastornos por consumo de sustancias.
Fitzcharles et alii Canadá (2011) ¹⁷	Evaluar la presunta utilización de opiáceos y las asociaciones de los mismos en pacientes remitidos con el diagnóstico de FM.	Diseño: Estudio de investigación clínica. Métodos: Revisión de la historia de 457 pacientes remitidos a una clínica con un diagnóstico de FM.	Más del 20% de los pacientes con FM sufría de un trastorno psiquiátrico inestable primario, y la tasa de intentos de suicidio previos fue del 6% para todo el grupo, con más intentos de los consumidores de opiáceos.
Pereira et alii EE. UU. (2013) ¹⁸	Revisar las investigaciones recientes sobre las tendencias suicidas y fármacos antiépilépticos.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Revisión de investigaciones mediante bases de datos como Medline y PubMed.	Elevado riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico que estaban utilizando estos medicamentos.
Afifi et alii Canadá (2010) ²¹	Examinar las relaciones entre los problemas con el juego y la salud y el funcionamiento, los trastornos mentales, las condiciones de salud física y la búsqueda de ayuda entre las mujeres.	Diseño: Cuantitativo. Métodos: Se utilizó una encuesta de salud comunitaria canadiense a una muestra representativa a nivel nacional. Los datos se recogieron en 2002.	Los problemas con el juego se asociaron con una peor percepción subjetiva de la salud, con ideas e intentos de suicidio, un pobre bienestar psicológico, angustia, trastornos mentales, dolor de cabeza por migraña y con la fibromialgia.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados más relevantes
Häuser et alii EE. UU. (2012) ¹⁹	Analizar la eficacia y los efectos negativos de los antidepresivos en el tratamiento de pacientes con FM.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Uso de bases de datos como Medline, Scopus y Cochrane.	Todos los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio y pueden conducir a daño hepático severo. La FM no debería ser tratada únicamente con fármacos.
Arias et alii Colombia (2013) ¹⁴	Determinar la relación entre ansiedad, depresión, calidad de vida y riesgo suicida en pacientes con dolor crónico.	Diseño: Estudio descriptivo y de corte transversal. Métodos: Muestra de 49 pacientes de la Clínica del Dolor. Uso de escalas como la escala de riesgo de suicidio Plutchik y la escala del dolor.	El riesgo de suicidio no se relaciona con los niveles de dolor percibido. Se han encontrado asociaciones significativas entre riesgo de suicidio con ansiedad, depresión, salud mental, componente mental, vitalidad y rol emocional.
Van Tilburg et alii EE. UU. (2011) ¹⁰	Investigar si el dolor crónico está asociado con un aumento de la ideación suicida/intentos independiente de la depresión en una muestra de población de adolescentes.	Diseño: Estudio longitudinal. Métodos: Se analizaron datos del Estudio Nacional Longitudinal de Salud Adolescente.	El dolor se asocia con una mayor probabilidad de pensamientos e intentos suicidas. Pero no están directamente vinculados. La presencia de depresión entre las personas con dolor crónico está significativamente relacionada con un mayor riesgo de intentos de suicidio.
Kanzler et alii EE. UU. (2012) ²⁴	Examinar la relación entre depresión, carga autopercibida e ideas suicidas en una muestra de pacientes con dolor crónico.	Diseño: Estudio retrospectivo. Métodos: Se analizaron datos de los 113 pacientes con dolor de un centro militar, mediante el uso de escalas.	Correlación importante entre depresión, carga autopercibida e ideación suicida en pacientes con dolor crónico. Las puntuaciones de depresión son elevadas.
Wilson, Kowal y Henderson. Canadá (2013) ¹³	Examinar si las medidas de las relaciones interpersonales y la carga autopercibida son predictores únicos e independientes de la ideación suicida.	Diseño: Análisis de regresión múltiple. Métodos: Un total de 303 pacientes de un programa de rehabilitación para el dolor crónico completaron una serie de medidas.	La angustia en las relaciones interpersonales y la carga autopercibida son predictores significativos de la ideación suicida. Pacientes con historias más largas de dolor crónico notificaron más ideaciones suicidas.
Hooley, Franklin y Nock. EE. UU. (2014) ³	Analizar la asociación entre el dolor crónico y el dolor psicológico y físico.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Revisión de artículos sobre la teoría del suicidio y el dolor crónico.	El dolor físico puede conducir al desarrollo de una depresión y un dolor psicológico (o emocional) insostenible. Esto puede aumentar el riesgo de tratar de escapar mediante el suicidio.

Artículo	Objetivos	Metodología	Resultados más relevantes
Choy <i>et alii</i> EE. UU. (2010) ²⁰	Describir el perfil de seguridad global del corto y largo plazo del tratamiento de la FM con Duloxetine	Diseño: Análisis de ensayos clínicos. Métodos: Los datos fueron extraídos de cinco estudios con controles con placebo.	En el análisis no se encontraron diferencias significativas entre la Duloxetina y el placebo en la incidencia de la conducta suicida o ideación. En el estudio de un año el 1,1% tuvieron un comportamiento suicida (3 ideaciones suicidas y 1 intento suicidio)
Tariq <i>et alii</i> EE. UU. (2011) ²²	Analizar la literatura sobre la vitamina D, su deficiencia, y su asociación a ciertos factores de riesgo para el suicidio.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Revisión de la literatura sobre la vitamina D y el suicidio.	Se ha asociado la deficiencia de vitamina D con ciertos factores prosuicidas como la exacerbación de la depresión, la ansiedad y ciertas condiciones médicas como la FM. Los suplementos de vitamina D mejoran el estado de ánimo y tienen un efecto positivo en pacientes con depresión.
Marcus <i>et alii</i> EE. UU. (2013) ²⁷	Investigar sobre el impacto de la FM en las relaciones con la pareja, hijos, amigos y cercanos.	Diseño: Estudio cualitativo. Métodos: Encuesta online de 40 preguntas durante dos meses a pacientes con FM.	Pacientes con FM no están satisfechos con sus relaciones y se ven afectadas negativamente. Presencia de depresión, ansiedad, sentimientos de soledad y aislamiento.
Juuso <i>et alii</i> Suecia (2011) ⁵	Determinar los significados del dolor para las mujeres con FM.	Diseño: Estudio cualitativo. Métodos: Entrevista a 15 mujeres con FM que pertenecen a la Asociación de Reumatología y FM en Suecia.	El dolor se describe como insoportable, abrumador y que domina la vida de estas mujeres.
Winsper y Tang. Reino Unido (2014) ¹⁶	Investigar la relación entre el insomnio y el suicidio y los mecanismos psicológicos que sustentan la asociación.	Diseño: Revisión bibliográfica. Métodos: Revisión de los resultados de estudios epidemiológicos prospectivos.	Asociación entre los problemas del sueño y el suicidio. El insomnio es un factor de riesgo importante y puede elevar el riesgo de ideación e intento suicida en pacientes con dolor crónico.
Fishbain <i>et alii</i> EE. UU. (2012) ²⁶	Explorar la relación entre la percepción de discapacidad, preferencia por la muerte sobre la discapacidad y las tendencias suicidas.	Diseño: Estudio cualitativo. Métodos: Encuesta a cuatro grupos: pacientes sin dolor, pacientes con dolor, pacientes con dolor agudo y pacientes con dolor crónico.	La preferencia por la muerte sobre la discapacidad se asocia a la ideación suicida pasiva y activa y a las tendencias suicidas en pacientes con dolor crónico.

4.1 Aumento de la mortalidad en pacientes con fibromialgia

Dos estudios de cohorte analizaron los datos de la mortalidad de una población de Dinamarca⁶ y de los Estados Unidos,⁷ y vieron un importante incremento de la mortalidad por suicidio en los pacientes diagnosticados de FM en comparación con la población general. En el estudio de Dreyer *et alii*⁶ y en el de Wolfe *et alii*⁷ se observó un importante riesgo de muerte por suicidio en los pacientes con FM que permaneció igual de alto después del diagnóstico. Dreyer *et alii*⁶ encontraron que los pacientes que murieron por suicidio no tenían un trastorno psiquiátrico preexistente en el momento del diagnóstico de la FM. Es posible que las condiciones psiquiátricas se desarrollaran con el tiempo y más tarde contribuyeran a la ideación suicida y al comportamiento.

Estudios más recientes^{1,2,4,8} evaluaron la prevalencia de los comportamientos suicidas en los pacientes con FM y encontraron que era alta. En un estudio español² con 176 mujeres y 4 hombres de edades entre 22 y 74 años se encontró que el 66,7% informaron de un intento de suicidio, el 16,7% dos intentos de suicidios y otro 16,7% tres intentos de suicidio, y entre los pacientes que no intentaron suicidarse, el 19% mostraron un alto riesgo de suicidio. También se halló una fuerte correlación positiva entre las puntuaciones del cuestionario de impacto de la FM y la escala de riesgo de Plutchik, que indica que a mayor gravedad de la FM, mayor es el riesgo de suicidio, lo cual nos muestra que el comportamiento suicida puede estar relacionado con la gravedad global de la enfermedad. En el estudio de Triñanes *et alii*⁸ la prevalencia de la ideación suicida entre los pacientes con FM fue del 32,5%. El 26,5% informaron de ideación suicida, y el 6% de pacientes manifestaron deseos o intentos de suicidio. Asimismo, en un estudio transversal,⁴ la ideación suicida entre los pacientes con FM también fue alta (48%), del cual un 39,7% era ideación suicida pasiva, y un 8,3%, ideación suicida activa. Los pacientes de esta publicación fueron categorizados en subgrupos: el tipo I, aquellos con niveles bajos de depresión y ansiedad, y tipo II, los de un nivel más alto, y se vio que un 11,8% eran del tipo I y un 88,2% del tipo II. Y, además, las ideas de suicidio predominaron en los pacientes del subgrupo II, es decir, en aquellos con niveles más altos de depresión y ansiedad. Jiménez-Rodríguez *et alii*¹ evaluaron la ideación suicida y el riesgo de suicidio en una muestra de pacientes con FM en comparación con un control de sujetos de la población general y pacientes con dolor lumbar. Como resultados encontramos que la presencia del riesgo de suicidio fue mayor entre los pacientes con FM (81,8%). Un 35% de los participantes tuvieron una historia de un intento previo de suicidio. La ideación suicida destacó entre los pacientes con FM, de los que 18 (41%) informaron de ideación suicida pasiva, y 6 (13,6%), de ideación suicida activa. En cuanto a los síntomas individuales de la FM, los datos del estudio de Calandre *et alii*² mostraron que el dolor, los trastornos del sueño, la ansiedad y la depresión pueden estar relacionados tanto con el riesgo de suicidio como con los intentos de suicidio previos.

4.2 Factores de riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia

El síntoma principal de la FM es el dolor. Algunos estudios afirman que el dolor está asociado a los comportamientos suicidas (ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado) y, por lo tanto, los pacientes con FM que presentan dolor crónico tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio.^{2, 9, 10, 11} Por ejemplo, Ilgen *et alii*¹² encontraron que una serie de condiciones de dolor no oncológico, que incluían la FM y el dolor de espalda, fueron asociadas a la muerte por suicidio. Y observaron que el dolor crónico está vinculado a las tendencias suicidas a través de mecanismos como la depresión. Asimismo, Wilson, Kowal y Henderson¹³ afirmaron que una mayor duración del dolor aumenta la probabilidad de ideas suicidas. El dolor físico puede conducir al desarrollo de una depresión y a la experiencia de un dolor psicológico insostenible, lo que puede aumentar el riesgo de tratar de escapar mediante el suicidio.³ Según Arias *et alii*¹⁴ no es el dolor en sí mismo el que podría generar ideación o riesgo de suicidio en los pacientes, sino el impacto a nivel emocional que el dolor puede estar generando. De hecho, todas las asociaciones significativas que encontraron fueron entre el riesgo de suicidio y la ansiedad, depresión, rol emocional y salud mental.

La FM es una enfermedad que se relaciona con los trastornos psicológicos y psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión, patologías que agravan y cronifican el curso de la FM.¹⁵ La ansiedad y la depresión son algunas de las respuestas emocionales que más se reportan en los pacientes con dolor crónico y son factores de riesgo de la ideación suicida. En pacientes con FM, la depresión es significativamente más alta, y la calidad de sueño y la salud mental es bastante peor.^{2, 8, 14} Además, un estudio transversal que evaluó la relación entre la ideación suicida y los síntomas de la FM, encontró que entre los síntomas que se relacionan con las ideas de suicidio, la depresión muestra el mayor efecto.⁴

Los trastornos del sueño se asocian frecuentemente con la depresión y la ansiedad, y se han observado correlaciones significativas entre la mala calidad del sueño, el insomnio, la depresión y las tendencias suicidas. Asimismo, altos niveles de insomnio y el estado de ánimo depresivo se corresponden con una mayor intensidad de la ideación suicida.¹⁶

Según Jiménez-Rodríguez *et alii*¹ la FM no está asociada por sí sola a un mayor riesgo de la ideación suicida, pero sí está asociada junto con la depresión. En su publicación se evaluaron la depresión, el sueño, la intensidad del dolor y el estado general de salud, y se encontró que un 91 % de los pacientes con FM presentaban depresión, un 86,6 % tenía problemas con el sueño, y su salud mental era más baja.

Los pacientes con estas condiciones de dolor pueden ser más propensos a sentirse desesperados y tener alteraciones en el funcionamiento ocupacional o social, lo que podría conducir de forma más directa a los pensamientos y conductas suicidas. La

carga de tener un dolor crónico les resulta particularmente difícil, aumentando así su desesperanza, frustración y su riesgo de suicidio. Además, estos pacientes son menos propensos a recibir tratamiento farmacológico o intervenciones conductuales, ya que se trata de un dolor sin una causa clara o se atribuye principalmente a un problema psiquiátrico. Este tratamiento insuficiente del dolor también podría aumentar el riesgo de suicidio en el tiempo.¹²

El dolor se trata con frecuencia con medicamentos opiáceos, los cuales pueden proporcionar a los pacientes los medios para llevar a cabo un intento de suicidio potencialmente letal. En un artículo que evaluó el uso de estos medicamentos y su asociación a los pacientes con FM, se observó que un tercio de estas personas tomaban diariamente opiáceos y que tenían una mayor tasa de abuso de sustancias. Los resultados del estudio mostraron que los pacientes que sí los consumían tenían una mayor tasa de intentos de suicidio, y que la mayoría de ellos estaban desempleados, tenían un peor estado de salud y sufrían de un trastorno psiquiátrico inestable primario. Asimismo, fue interesante encontrar que los efectos negativos de los opiáceos, que incluyen la fatiga, los trastornos del sueño, el aumento del dolor debido a la hiperalgesia y el mal estado de ánimo, son comparables a los síntomas típicos de la FM.¹⁷ Del mismo modo, en un análisis sobre la relación entre los antiepilépticos y el suicidio, Pereira, Gitlin, Gross, Posner y Dworkin¹⁸ informaron que estos medicamentos aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico y con depresión. Y también se ha visto que los antidepressivos aumentan el riesgo de suicidio.¹⁹

En algunas publicaciones se ha visto que la intoxicación por drogas es el método más empleado por los pacientes con FM para el intento de suicidio (70%), por lo que sería de gran ayuda evaluar el riesgo de abuso de medicamentos y tendencias suicidas en los pacientes con FM y tener en consideración los medicamentos que aumentan el riesgo de suicidio.^{2, 12, 18, 20}

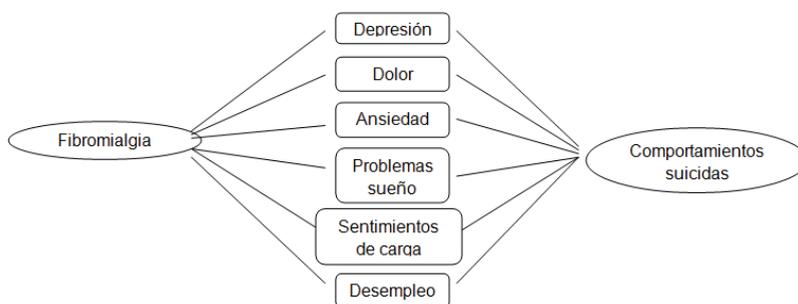
En esta revisión, también se han observado varias asociaciones con la FM. Por una parte, existe una relación entre los problemas con el juego y una mala salud autopercebida, ideación e intentos de suicidio, un bienestar psicológico pobre, angustia, trastornos mentales, dolores de cabeza por migraña y FM. A todos los participantes del estudio de Afifi, Cox, Martens, Sareen y Enns²¹ se les preguntó si habían recibido un diagnóstico de alguna condición física crónica (seis meses de duración aproximadamente), y los resultados mostraron que un 6,8% tenían un problema con el juego y un diagnóstico de FM. Se ha encontrado que las mujeres desarrollan problemas de juego a un ritmo mucho más rápido en comparación con los hombres y que estos problemas pueden conducir a un aumento de la probabilidad de trastornos mentales, o, a la inversa, los trastornos mentales pueden conducir a estos problemas con el juego como forma de lidiar con el estrés, la ansiedad y el estado de ánimo. También factores de riesgo

ambientales como la pobreza pueden predisponer a las mujeres a estos problemas y a los trastornos mentales. Es muy importante el reconocimiento temprano de la adicción a los juegos entre las mujeres, debido a que hay probabilidad de llegar a presentar ideas e intentos de suicidio.²¹

Por otra parte, se ha asociado la deficiencia de la vitamina D con ciertos factores prosuicidas, como la exacerbación de la depresión, la ansiedad y ciertas condiciones médicas (la FM, por ejemplo). Se ha demostrado que los suplementos de vitamina D mejoran el estado de ánimo y tienen un efecto positivo en pacientes con depresión.²²

Entre las dificultades que desencadenan comportamientos suicidas en pacientes que padecen FM se identifican depresión, dolor crónico, ansiedad, problemas de sueño, sentimientos de carga y desempleo.

Figura 2. Factores de riesgo del suicidio en FM.



En su estudio, Triñanes *et alii*⁸ tratan de aclarar qué aspectos de la depresión se asocian más con el riesgo de suicidio en pacientes con FM. Los resultados nos dicen que la autculpa es el factor más notable en el suicidio e incluye temas referentes a la sensación de fracaso, culpa, sentimiento de pena, sentimiento de decepción y auto-crítica. Los pacientes con puntuaciones más altas en estos temas son especialmente vulnerables a la conducta suicida. Igualmente, Calandre *et alii*⁴ afirman que el dolor, la ansiedad y la depresión podrían llevar a los pacientes a la creencia de que son una carga para los demás: *perceived burdensomeness*. Estos pacientes sienten culpabilidad sobre la propia enfermedad y tienen la sensación de que son una carga para los demás, ya que su enfermedad interfiere en sus vidas diarias y los limita mucho, por lo que necesitan la ayuda de otros. Además, muestran significativamente un nivel bajo de autoestima, de control de las emociones (control de los estados de tensión) y de la estabilidad emocional (control de la ansiedad, la emotividad y la impulsividad).²³

La teoría interpersonal del suicidio propone que dos factores, *perceived burdensomeness* y *thwarted belongingness*, conducen a un deseo de suicidarse. Por un lado, *thwarted belongingness* describe una necesidad insatisfecha de un sentido básico de co-

nexión social, y se refleja en problemas tales como la soledad, el retiro de los demás y los conflictos familiares. Por otro lado, *perceived burdensomeness*, o traducido al español como «autocarga percibida», es la creencia de que uno es una carga para los demás, es una fuente de dificultades, no contribuye en nada y es una responsabilidad para el bienestar o la seguridad del grupo. Estas condiciones son factores de riesgo para la ideación suicida y el intento de suicidio en la población con FM.^{13,24}

Aparte de los sentimientos que se experimentan a causa de esta enfermedad, la FM también tiene un considerable impacto negativo en el desarrollo de las actividades laborales y de la vida cotidiana de estos pacientes, así como en las relaciones personales. En el estudio de Calandre *et alii*² se encontró que el 50 % de los que intentaron suicidarse eran desempleados o estaban de baja por enfermedad. Ambas situaciones son estresores psicosociales y pueden aumentar la carga de la enfermedad para el paciente. Igualmente, Arias *et alii*¹⁴ encontraron en sus análisis que los pacientes con FM tenían limitaciones importantes en las actividades cotidianas y problemas con el trabajo, que ellos percibían que estas dificultades se debían a problemas emocionales y afirmaron haber tenido sentimientos de angustia y depresión durante la mayor parte del tiempo. Esta enfermedad limita mucho a las personas que la padecen y les impide desempeñar su empleo con normalidad, debido, sobre todo, a los síntomas como el dolor y la fatiga. La falta de control sobre los síntomas desencadena estados de ánimo negativos, como por ejemplo la frustración, la inseguridad, la preocupación, los sentimientos de inutilidad, el sentirse poco productivos e inferiores a sus compañeros y percibir un escaso apoyo social en el entorno laboral por falta de comprensión. Estos pacientes tienen miedo de perder su empleo; por eso, muchos no desvelan su enfermedad a compañeros de trabajo o superiores. Se muestran contrarios a solicitar bajas o a tramitar una incapacidad laboral, ya que se niegan a reconocerse como personas impedidas para trabajar; asumir que han dejado de ser activos laboralmente supone una pérdida de su identidad como personas integradas en la sociedad. Incluso hay personas que prefieren la muerte antes que continuar sintiéndose así, discapacitados y una carga para todos; además, el dolor crónico e insoportable que experimentan también les generan ideas en torno a la muerte. Esta pérdida de la identidad profesional, junto con el aislamiento de los demás y el sentimiento de no ser necesitados por la sociedad, son los resultados psicológicos negativos de la pérdida del empleo, la cual está potencialmente relacionada con los comportamientos suicidas.^{25,26}

Recientemente se ha reconocido la FM como enfermedad, pero aún no se conoce su etiología, por eso existe una falta de sensibilización en la población general y muchos piensan que estos pacientes fingen o exageran sus dolencias. En un estudio²⁷ se encontró que el 45 % de los pacientes sentían que eran una carga para sus parejas, el 22 % tenían parejas que no entendían su enfermedad y por eso estaban tristes y mo-

lestos, el 19 % sentían que sus parejas cuestionaban la veracidad de la FM, el 22 %, que exageraban su dolor, y el 18 % fueron acusados de ser perezosos y egoístas. La mitad de los participantes informaron que las relaciones con su cónyuge/pareja se habían dañado a causa de la fibromialgia, o que esta había contribuido a una ruptura. En el estudio de Juuso *et alii*⁵ se entrevistó a varias mujeres con FM. Estas pacientes afirmaron que no fueron escuchadas o tomadas en serio en cuanto a su dolor invisible y sentían que su credibilidad era cuestionada. Esto dio lugar a sentimientos de tristeza, enojo y frustración. Como bien dijo una mujer: «Los otros no pueden entender lo que no pueden ver». También testificaron que el personal sanitario tuvo dificultades en creerlas y que ni siquiera su familia las entendía, y dijeron que raramente pedían ayuda para evitar los prejuicios de otras personas. El miedo a ser vistas como perezosas y estúpidas les hace reacias a compartir sus experiencias e incluso les hace dudar de sus propios sentimientos. Estas mujeres pasan por momentos muy difíciles de afrontar y presentan sentimientos de significativa tristeza y pensamientos sobre si vale la pena vivir.

5. Discusión

La literatura revisada en este trabajo nos indica que la FM se encuentra asociada a un importante riesgo de muerte por suicidio y que existe una alta prevalencia de comportamientos suicidas, como por ejemplo las ideas suicidas en estos pacientes.^{1,4,6,7,8} Un estudio español² halló que a mayor gravedad de la FM, mayor es el riesgo de suicidio, lo que nos muestra que el comportamiento suicida puede estar relacionado con la gravedad global de la enfermedad.

La asociación entre la FM y el suicidio parece deberse a varios factores, como la depresión, el dolor, la ansiedad y los problemas con el sueño.^{1,4,8,10,12,14,16,26,27} El dolor físico conduce al desarrollo de una depresión y a un dolor psicológico y emocional tan alto que estos pacientes ven el suicidio como una vía de escape. La carga de soportar este dolor crónico les resulta bastante difícil, y aumenta su desesperanza y el riesgo de suicidio. Además, presentan sentimientos de culpa, sensación de fracaso y la idea de que son una carga para los demás, lo que les hace vulnerables al suicidio.^{3,4,5,13,24}

La FM tiene un gran impacto en la vida de estos pacientes, limitándola y llegando a causarles problemas, sobre todo en el mundo laboral. En algunas publicaciones^{2,14} la mayoría de ellos estaban desempleados o de baja, lo cual les aumentaba la carga de la enfermedad.

Se ha visto que el consumo de algunos medicamentos, como los antidepresivos, antiepilépticos y los opiáceos, aumenta el riesgo de suicidio en los pacientes con FM. Muchos optan por el abuso de sustancias como método para llevar a cabo el suicidio.

Cabe resaltar que hay muy pocos estudios que expliquen la relación entre la FM y el suicidio,^{1,2,4,6,7,8} por eso creemos que debería aumentar la investigación, para explorar a fondo los comportamientos suicidas entre los pacientes con FM y, así, evaluar posibles medidas para prevenirlos, ya que este riesgo podría ir en aumento. Además, se deberían de tener en cuenta las ideas e intentos de suicidio y los factores de riesgo, tanto en el momento del diagnóstico como en el seguimiento de esta enfermedad.

Creemos que el riesgo de suicidio es un factor que se debe tener en cuenta por los profesionales de todos los ámbitos que traten a los pacientes con FM.

6. Referencias

1. JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ, I.; GARCÍA-LEIVA, J.M.; JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ, B.M.; CONDÉS-MORENO, E.; RICO-VILLADEMOROS, F.; CALANDRE, E.P. «Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain.» *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. [Internet] 2014 [citado 15 de enero de 2015]; 10: 625-630. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3998848/pdf/ndt-10-625.pdf>>.
2. CALANDRE, E.P.; VILCHEZ, J.S.; MOLINA-BAREA, R., TROVAR, M.I.; GARCÍA-LEIVA, J.M.; HIDALGO, J. *et alii* «Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients.» *Rheumatology*. [Internet] 2011 [citado 15 de enero de 2015]; 50(10): 1889-1893. Disponible en: <<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/50/10/1889.full.pdf+html>>.
3. HOOLEY, J.M.; FRANKLIN, J.C.; NOCK, M.K. «Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association.» *Curr Pain Headache Rep*. [Internet] 2014 [citado 15 de enero de 2015]; 18(8): 435. Disponible en: <http://www.wjh.harvard.edu/~nock/nocklab/2014_8_21_Publications%20added/8_Chronic%20Pain%20and%20Suicide-%20Understanding%20the%20Association.pdf>.
4. CALANDRE, E.P.; NAVAJAS-ROJAS, M.A.; BALLESTEROS, J.; GARCÍA-CARRILLO, J.; GARCÍA-LEIVA, J.M.; RICO VILLADEMOROS, F. «Suicidal Ideation in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study.» *Pain Practice*. [Internet] 2014 [citado 16 de enero de 2015]; 15(2): 168-174. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12164/pdf>>.
5. JUUSO, P.; SKÄR, L.; OLSSON, M.; SÖDERBERG, S. «Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia.» *Int J Qualitative Stud Health Well-being*. [Internet] 2011 [citado 16 de enero de 2015]; 6(3). Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136954/pdf/QHW-6-7184.pdf>>.

6. DREYER, L.; KENDALL, S.; DANNESKIOLD-SAMSOE, B.; BARTELS, E.M.; BLIDDAL, H. «Mortality in a Cohort of Danish Patients With Fibromyalgia.» *Arthritis & Rheumatism*. [Internet] 2010 [citado 16 de enero de 2015]; 62(10): 3101-3108. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.27623/pdf>>.
7. WOLFE, F.; HASSETT, A.F.; WALITT, B.; MICHAUD, K. «Mortality in Fibromyalgia: A Study of 8,186 Patients Over Thirty-Five Years.» *Arthritis Care & Research*. [Internet] 2011 [citado 18 de enero de 2015]; 63: 94-101. Disponible en: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/79414/20301_ft.pdf?sequence=1>.
8. TRIÑANES, Y.; GONZÁLEZ-VILLAR, A.; GÓMEZ-PERRETTA, C.; CARRILLO-DE-LA-PEÑA, MT. «Suicidality in Chronic Pain: Predictors of Suicidal Ideation in Fibromyalgia.» *Pain Practice*. [Internet] 2014 [citado 18 de enero de 2015]; 15(4): 323-332. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12186/pdf>>.
9. FISHBAIN, D.A.; LEWIS, J.E.; GAO, J. «The Pain Suicidality Association: A Narrative Review.» *Pain Medicine*. [Internet] 2014 [citado 18 de enero de 2015]; 15(11): 1835-1849. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pme.12463/pdf>>.
10. VAN TILBURG, M.A.; SPENCE, N.J.; WHITEHEAD, W.E.; BANGDIWALA, S.; GOLDSTON, D.B. «Chronic Pain in Adolescents Is Associated With Suicidal Thoughts and Behaviors.» *The Journal of Pain*. [Internet] 2011 [citado 21 de enero de 2015]; 12(10): 1032-1039. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178682/pdf/nihms285272.pdf>>.
11. HASSETT, A.L.; AQUINO, J.K.; ILGEN, M.A. «The Risk of Suicide Mortality in Chronic Pain Patients.» *Curr Pain Headache Rep*. [Internet] 2014 [citado 21 de enero de 2015]; 18(8): 436. Disponible en: <<http://rds.org/wp-content/uploads/2015/02/2014-risk-of-suicide=mortality.pdf>>.
12. ILGEN, M.A.; KLEINBERG, F.; IGNACIO, R.V.; BOHNERT, A.S.; VALENSTEIN, M.; MCCARTHY, J.F. *et alii*. «Noncancer pain conditions and risk of suicide.» *JAMA Psychiatry*. [Internet] 2013 [citado 21 de enero de 2015]; 70(7): 692-697. Disponible en: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1689535>>.
13. WILSON, K.G.; KOWAL, J.; HENDERSON, P.R.; MCWILLIAMS, L.A.; PÉLOQUIN, K. «Chronic Pain and the Interpersonal Theory of Suicide.» *Rehabilitation Psychology*. [Internet] 2013 [citado 23 de enero de 2015]; 58(1): 111-115. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3998981/pdf/nihms4369.pdf>>.

14. ARIAS, A.C.; BRUCE, A.; HERRÁN, D.; ARANGO, A.; MUÑOZ, K.; ABELLA, P. «Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un Hospital de Bogotá.» *Revista Colombiana de Anestesiología*. [Internet] 2013 [citado 23 de enero de 2015]; 41(4): 267-273. Disponible en: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90252366&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=341&ty=105&accion=L&origen=clysa%20&web=www.revcolanest.com.co&lan=es&fichero=341v41n04a90252366pdf001.pdf>.
15. EVRARD, E.; ESCOBAR, E.; TEVAR, J. «Depresión, ansiedad y fibromialgia.» *Rev Soc Esp Dolor*. [Internet] 2010 [citado 23 de enero de 2015]; 17(7): 326-332. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n7/revision1.pdf>>.
16. WINSPER, C.; TANG, N.K. «Linkages between insomnia and suicidality: Prospective associations, high-risk subgroups and possible psychological mechanisms.» *International Review of Psychiatry*. [Internet] 2014 [citado 24 de enero de 2015]; 26(2): 189-204. Disponible en: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09540261.2014.881330>>.
17. FITZCHARLES, M.A.; STE-MARIE, P.A.; GAMSA, A.; WARE, M.A.; SHIR, Y. «Opioid Use, Misuse, and Abuse in Patients Labeled as Fibromyalgia.» *The American Journal of Medicine*. [Internet] 2011 [citado 24 de enero de 2015]; 124(10): 955-960. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S0002934311004943/1-s2.0-S0002934311004943-main.pdf?_tid=a9a56f50-0140-11e5-98c7-00000aacb360&acdnat=1432381474_3f8ecbe6b99122597ecd9b133484932c>.
18. PEREIRA, A.; GITLIN, M.J.; GROSS, R.A.; POSNER, K.; DWORKIN, R.H. «Suicidality associated with antiepileptic drugs: Implications for the treatment of neuropathic pain and fibromyalgia.» *Pain*. [Internet] 2013 [citado 26 de enero de 2015]; 154(3): 345-349. Disponible en: <http://hcpportalco20140408.pfizer.edrupalgardens.com/sites/g/files/g10012911/f/publicaciones/2013_154_3_Suicidality-associated-with-antiepileptic-drugs-Implications-for-the-treatment-of-neuropathic-pain-and-fibromyalgia_345_349.pdf>.
19. HÄUSER, W.; WOLFE, F.; TÖLLE, T.; ÜÇELYER, N.; SOMMER, C. «The Role of Antidepressants in the Management of Fibromyalgia Syndrome.» *CNS Drugs*. [Internet] 2012 [citado 29 de enero de 2015]; 26(4): 297-307. Disponible en: <<http://search.proquest.com/docview/950940760/fulltextPDF/6A44CE328A32416CPQ/1?accountid=14733>>.
20. CHOY, E.H.; MEASE, P.J.; KAJDASZ, D.K.; WOHLREICH, M.M.; CRITS-CHRISTOPH, P.; WALKER, D.J. *et alii*. «Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five

- clinical trials.» *Clin Rheumatol*. [Internet] 2010 [citado 29 de enero de 2015]; 28(9): 1035-1044. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2721139/pdf/10067_2009_Article_1203.pdf>.
21. AFIFI, T.O.; COX, B.J.; MARTENS, P.J.; SAREEN, J.; ENNS, M.W. «The Relationship between Problem Gambling and Mental and Physical Health Correlates among a Nationally Representative Sample of Canadian Women.» *Canadian Journal of Public Health*. [Internet] 2010 [citado 2 de febrero de 2015]; 101(2): 171-175. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20524385>>.
 22. TARIQ, M.M.; STREETEN, E.A.; SMITH, H.A.; SLEEMI, A.; KHABAZGHAZVINI, B.; VASWANI, D. et alii «Vitamin D: a potential role in reducing suicide risk?» *Int J Adolesc Med Health*. 2011; 23(3): 157-165.
 23. GARAIGORDOBIL, M.; GOVILLARD, L. «Fibromialgia: discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad.» *Informació psicològica*. [Internet] 2014 [citado 4 de febrero de 2015]; 4-16. Disponible en: <<http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/125/99>>.
 24. KANZLER, K.E.; BRYAN, C.J.; MCGEARY, D.D.; MORROW, C.E. «Suicidal Ideation and Perceived Burdensomeness in Patients with Chronic Pain.» *Pain Practice*. [Internet] 2012 [citado 4 de febrero de 2015]; 12(8): 602-609. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-2500.2012.00542.x/pdf>>.
 25. RAKOVSKI, C.; ZETTEL-WATSON, L.; RUTLEDGE, D. «Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia.» *Disability & Rehabilitation*. [Internet] 2012 [citado 6 de febrero de 2015]; 34(15): 1277-1283. Disponible en: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/09638288.2011.641658>>.
 26. FISHBAIN, D.A.; BRUNS, D.; MEYER, L.J.; LEWIS, J.E.; GAO, J.; DISORBIO, J.M. «Exploration of the Relationship Between Disability Perception, Preference for Death over Disability, and Suicidality in Patients with Acute and Chronic Pain.» *Pain Medicine*. [Internet] 2012 [citado 8 de febrero de 2015]; 13(4): 552-561. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2012.01358.x/pdf>>.
 27. MARCUS, D.A.; RICHARDS, K.L.; CHAMBERS, J.F.; BHOWMICK, A. «Fibromyalgia Family and Relationship Impact Exploratory Survey.» *Musculoskeletal Care*. [Internet] 2013 [citado 8 de febrero de 2015]; 11(3): 125-134. Disponible en: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msc.1039/pdf>>.

El tratamiento multidisciplinario en la fibromialgia

Anna Llàdser Navarro,¹ Pilar Montesó-Curto,² Lluís Roselló Aubach,³

Lina Casadó Marin,² Núria Llàdser Navarro,⁴ Carlos López Pablo⁵

1. Resumen

En este capítulo se explica qué es la fibromialgia y la necesidad de aplicar un tratamiento holístico, denominado *tratamiento multidisciplinario*, ya que la evidencia científica relata que es la intervención más efectiva para esta patología.⁶ Además, se muestra una revisión sistemática de los artículos publicados entre 2010 y 2015, tanto nacionales como internacionales, donde se aplica el tratamiento multidisciplinario en pacientes adultos que sufren fibromialgia.

Una vez explicados los apartados anteriores se muestra el estado actual del tratamiento de la fibromialgia en la comunidad autónoma de Cataluña, donde se plasman las dificultades para llevar a cabo las intervenciones que dicha patología precisa. Aun así, existen unidades especializadas en el manejo de la fibromialgia, como es el caso

1 Hospital Verge de la Cinta.

2 Facultad de Enfermería, URV.

3 Reumatólogo. Jefe clínico de la Sección de Reumatología y Unidad de Fibromialgia del Hospital Universitario de Santa María de Lérida.

4 Hospital Lleuger de Cambrils.

5 Área de Biología Molecular i Recerca. Servei d'Anatomia Patològica. Coordinador del grupo de investigación en Patología Oncològica i Bioinformàtica de la URV. Coordinador de Recerca de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

6 Abreviaciones usadas en el capítulo:

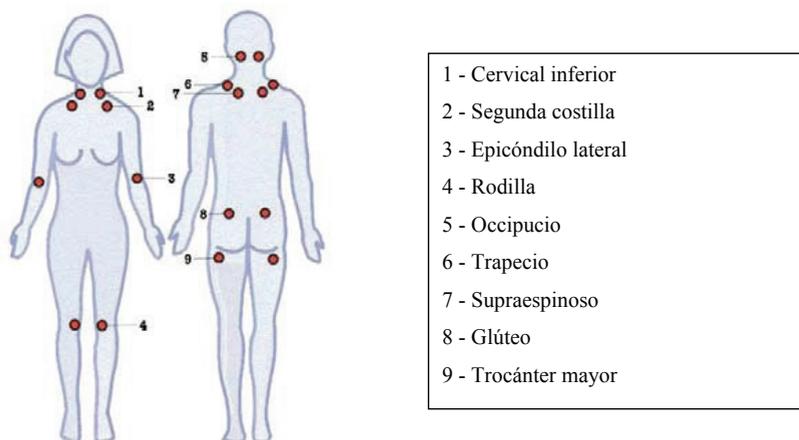
FM	Fibromialgia
TM	Tratamiento multidisciplinario
TCC	Terapia cognitivo-conductual
UHE	Unidad Hospitalaria Especializada
APS	Centro de Atención Primaria de Salud
SFC	Síndrome de fatiga crónica
SQM	Síndrome de sensibilidad química

del Hospital Santa Maria de Lleida, donde se lleva a cabo el tratamiento multidisciplinario con grandes efectos sobre la salud de sus pacientes. Por este motivo, hemos decidido dedicarle un apartado para describir la unidad y el tratamiento que ofrece a sus pacientes.

2. Introducción: la fibromialgia

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado en el aparato locomotor (Bellato *et alii*, 2012), con una exagerada hipersensibilidad a múltiples puntos denominados *puntos sensibles* (figura 1), que son nueve pares de puntos sensibles al dolor cuando son presionados (Wang *et alii*, 2015), sin alteraciones orgánicas demostrables y con una evolución compleja y variable, y es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado y crónico (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001).

Figura 1: Los 18 puntos sensibles de la fibromialgia (Boix Pujol *et alii*, 2010).



Además del dolor, los síntomas de la FM suelen incluir fatiga intensa, rigidez articular, alteraciones del sueño (Diaz-Piedra *et alii*, 2015), dificultades cognitivas y de memoria (Leavitt y Katz, 2014), problemas en la menstruación, dolor temporomandibular y síndrome del intestino irritable (Slim, Calandre y Rico-Villademoros, 2015). La emergencia, la evolución y la intensidad de estos síntomas tiene una importante relación con aspectos emocionales, afectivos y psicosociales, así como con el desarrollo de alteraciones psicológicas como fobias, depresión, estrés y ansiedad (Rodríguez Muñiz, Orta González y Amashta Nieto, 2010). La depresión asociada al dolor crónico constituye un síntoma somático, pero también una defensa ante conflictos, una forma de manifestar las necesidades, una conducta resignada a la indefensión o rendición ante

la monotonía. Hay autores que consideran que la depresión, la ansiedad y el insomnio podrían ser el origen del dolor crónico (Montesó Curto y Martínez Quintana, 2009).

La prevalencia mundial de esta patología es del 2,7%; Asia es la población menos afectada, con un 1,4%, seguida de la población europea, 2,5%, y de América, con 3,1% (Queiroz, 2013). Y se ha observado que incide mayoritariamente en mujeres (4,2%) entre 40-50 años respecto al 0,2% de los hombres (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008) 192 Spaniards aged 20 or above, selected by cluster sampling. Subjects were invited to a structured interview carried out by trained rheumatologists to ascertain various musculoskeletal disorders. The visit included screening and examination, validated instruments for measuring function (HAQ. Y según los datos del estudio epidemiológico de prevalencia de enfermedades reumatológicas en la población española mayor de 20 años (EPISER) efectuado en el año 2002, la prevalencia de la FM en España es del 2,4%, con una frecuencia más elevada en las mujeres. Esto significa que en Cataluña podría haber, aproximadamente, 140 000 personas afectadas por esta patología (Loreto Carmona, Gabriel, Ballina y Laffon, 2001).

3. El tratamiento multidisciplinario y la fibromialgia

Debido al carácter multifacético de la FM, el mejor enfoque para tratar esta patología es el tratamiento multidisciplinario (TM). Esta premisa se obtiene gracias a las directrices de la American Pain Society (2005), la Asociación de las Sociedades Médicas Científicas de Alemania (2008) y la Liga Europea contra el Reumatismo (2007) (Scascighini, Toma, Dober-Spielmann y Sprott, 2008). En España se han publicado varias guías para el diagnóstico y el tratamiento de esta patología que incluyen la recomendación del uso de dicha herramienta: *Guía práctica clínica sobre el síndrome de fibromialgia para profesionales de la salud* (2007), *Protocolo de atención a pacientes con fibromialgia* (2010), *Fibromialgia* (2011), *Guía de la fibromialgia* (2010) y *Atención a pacientes de fibromialgia* (2014).

El concepto de TM para el dolor crónico tiene en cuenta los factores biopsicosociales del dolor crónico tanto en el tratamiento como en el diagnóstico (Benz, Angst y Aeschlimann, 2011). La idea de atención o TM para el tratamiento del dolor debe incluir educación, estrategias de reducción de estrés y de autogestión, refuerzo en conductas saludables y ejercicio físico para reducir la discapacidad (Castel *et alii*, 2015).

Una de las características esenciales del TM del dolor es que deja atrás el enfoque biomédico convencional y se centra en el tratamiento heurístico para el tratamiento del dolor que incorpora los principios de autogestión, las estrategias no farmacológicas y posteriormente los tratamientos farmacológicos y otros procedimientos invasivos (Kudrina, Shir y Fitzcharles, 2015). El tratamiento heurístico se basa en la utilización de reglas empíricas para llegar a una solución, e incluye cinco pasos: explorar las estra-

tegas viables, crear un plan de acción, llevar a cabo el plan y evaluar los efectos de las actividades realizadas (Novo, Arce y Fariña, 2003).

Además de esta ideología, esta terapia se debe llevar a cabo con profesionales sanitarios de diferentes disciplinas, como profesionales de la medicina interna, de la reumatología, de la psicología, de la rehabilitación y de la enfermería (Loeser *et alii*, 2014), para ofrecer un tratamiento integral y multidisciplinario que dé respuesta a las necesidades asistenciales que presentan las personas que sufren la FM.

Evolución de los últimos cinco años del tratamiento multidisciplinario y la fibromialgia

Ante esta situación, en la que toda la comunidad científica está de acuerdo con que el tratamiento más adecuado para la FM es el multidisciplinario, nos planteamos explorar las bases de datos internacionales en el ámbito de las ciencias de la salud (CINAHL, Pubmed y Scopus) y las bases de datos españolas (Cuidatge, Cuiden, Enfispo, IBEC y IME) para identificar aquellos estudios primarios redactados en catalán, castellano o inglés publicados durante los años 2010-2015 que evaluaron el efecto del TM en pacientes mayores de edad que sufren fibromialgia.

De los 356 estudios seleccionados inicialmente, solo once fueron elegidos para analizar y estudiar. Estos estudios son en su mayoría internacionales (54,5%), pero hay cinco (45,4%) que se llevaron a cabo en España, de los cuales dos (40%) se realizaron en Cataluña. Según el ámbito donde se efectúan, se observa que, de todos los artículos, 81% son de ámbito hospitalario, cuyo 77,7% aplican el TM de forma ambulatoria y el 22,2% hospitalizan a los pacientes para ofrecer este tratamiento. Además, todos ellos están redactados en inglés excepto uno, que está en castellano. En la tabla 1 se exponen las características de cada artículo.

Todos los trabajos seleccionados utilizan como elemento de la terapia el ejercicio físico, con actividades de tonificación, aeróbica o de *aquagym*; al igual que la terapia cognitiva-conductual, que también se aplica en todos los estudios, con terapias de relajación, técnicas de psicología y terapias de resolución de problemas; la educación, una técnica descrita como aspecto clave en el TM, se usa en un 83,3%, incluyendo la educación para el sueño y el descanso y la educación del dolor crónico; el tratamiento farmacológico está integrado en el 66% de los estudios. Y, finalmente, encontramos técnicas o terapias no habituales en el TM, como la dietética, que se utiliza como concepto clave en dos artículos (16,6%), la terapia ocupacional (16,6%), la homeopatía y la acupuntura.

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados

Autores	País	Ámbito de tratamiento	Muestra estudio		Grupo control		Grupo intervención		Duración estudio	Tipo de intervención
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Åkerblom <i>et alii</i> , 2015	Suecia	Ambulatorio	0	0	67	342	5 semanas	TCC, ejercicio físico y psicología.		
Casanueva-Fernández <i>et alii</i> , 2012	España	Ambulatorio	0	17	1	16	8 semanas	Educación, dieta, relajación, ejercicio físico, TCC, masaje y tratamiento térmico.		
Castel <i>et alii</i> , 2015	España	Ambulatorio	0	23	0	16	3 meses	Farmacología, psicología, educación, TCC, ejercicio físico y relajación.		
Hannes <i>et alii</i> , 2012	Noruega	Hospitalario	0	72	6	69	1 semana	Farmacología, TCC, educación, psicología, dietética, ejercicio físico, hidroterapia y terapia ocupacional.		
Van Eijk-Hustring <i>et alii</i> , 2013	Países Bajos	Ambulatorio	0	0	0	203	12 semanas	Socioterapia, fisioterapia, psicología, educación y ejercicio físico.		
Vincent <i>et alii</i> , 2013	(Nueva York) Estados Unidos	Ambulatorio	0	0	1	6	5 días	Farmacología, educación, TCC y ejercicio físico.		
González González <i>et alii</i> , 2015	España	Ambulatorio	0	0	21	0	7 días	Farmacología, educación, terapia ocupacional y ejercicio físico.		
Castel <i>et alii</i> , 2013	España	Ambulatorio	155				3 meses	Farmacología, TCC y ejercicio físico.		
Michalsen <i>et alii</i> , 2013	Alemania	Hospitalario	46	18	0	28	14 días	Educación, TCC, ejercicio físico y terapia del ayuno.		
Martínez <i>et alii</i> , 2013	España	Ambulatorio	59	29	0	30	6 semanas	TCC, relajación, educación y ejercicio físico.		
Wahner-Roedle <i>et alii</i> , 2011	Nueva York (Estados Unidos)	Ambulatorio	59	16	0	12	6 semanas	Farmacología, educación, TCC y ejercicio físico.		

Tal como se puede observar, existe una gran variedad de modalidades de TM. Para describir el tipo de TM y el objetivo de cada artículo seleccionado, hemos creado cuatro grupos diferentes: de los once artículos, cinco son estudios sobre el tratamiento multidisciplinario centrados en la educación para la salud y la terapia cognitivo-conductual (TCC); cuatro artículos comparan diversos tipos de TM; dos estudios, de los once, ponen de manifiesto los beneficios que aporta el TM al paciente con fibromialgia; y, por último, dos artículos muestran dos modalidades de TM adaptadas a las peculiaridades de los pacientes sometidos a la intervención multidisciplinaria.

A. Estudios del tratamiento multidisciplinario centrados en la educación para la salud y la terapia cognitivo-conductual

Dentro de este grupo se trabaja de forma aislada estas dos herramientas de tratamiento. Con la terapia cognitivo-conductual (TCC), se trabaja la aceptación del dolor crónico en pacientes diagnosticados de FM. Después de cinco semanas de tratamiento se producen mejoras significativas en el funcionamiento general de los adultos con dolor crónico, lo que indica que la aceptación del dolor es un proceso clave en el tratamiento de la FM (Åkerblom, Perrin, Rivano Fischer y McCracken, 2015). Dada la importancia de esta herramienta de trabajo, se propone un estudio donde se compara la efectividad de la TCC frente a la educación para mejorar el sueño en personas que sufren FM. Este estudio (Martínez *et alii*, 2014), después de seis meses de tratamiento, demostró que la TCC era más efectiva que la educación. La TCC mostró una intensidad del dolor, fatiga e insomnio significativamente menores que el grupo que recibía solamente educación para la higiene del sueño.

Siguiendo la línea que indica que los programas de TCC parecen ser más beneficiosos que la educación, encontramos un estudio (Hamnes, Mowinckel, Kjekken y Hagen, 2012) *skills as a consumer of health services, self-efficacy, and functional and symptomatic consequences of fibromyalgia* (FM que evalúa la efectividad de un programa de autocuidado de una semana de duración en pacientes con FM acabados de diagnosticar. Este estudio llegó a la conclusión de que no había diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención después de haber finalizado el programa. A diferencia de otros estudios donde la TCC aporta beneficios a esta patología, este estudio nos muestra que la variable duración de la intervención, el tiempo desde el diagnóstico, la intensidad o la organización del programa pueden transformar en inefectivas intervenciones que aportan beneficios a los pacientes con FM.

Otro estudio (Casanueva-Fernández, Llorca, Rubió, Rodero-Fernández y González-Gay, 2012) enfatiza la importancia de la educación en el paciente con FM, y compara la eficacia del TM con el tratamiento médico habitual donde se incluye la educación. Un mes después, el grupo de TM fue más efectivo que el grupo de educa-

ción, ya que se obtuvieron mayores mejoras significativas en la percepción general de salud. Este hallazgo nos llama la atención, ya que hay autores que indican que un alto nivel de educación se asocia a un mejor pronóstico (Solomon *et alii*, 2002), pero tal y como dice el autor del artículo, esta premisa no se cumple en todos los casos.

B. Estudios que comparan varios tipos de tratamientos multidisciplinarios

Por un lado (Van Eijk-Hustings *et alii*, 2013), se comparan tres tipos de intervenciones: la terapia multidimensional, una intervención basada en el ejercicio y el tratamiento médico habitual. Después de doce semanas de tratamiento, los mejores resultados los obtuvo el TM, ya que consigue mejores resultados con el FIQ respecto a las otras intervenciones. Antes de la intervención, la puntuación media del cuestionario FIQ es de 66,3, y después de la intervención es de 54,6.

Por otro lado, se proponen comparar el tratamiento reumatológico multidimensional habitual con el tratamiento que ofrece el enfoque de la medicina integral. El tratamiento reumatológico multidimensional consiste en un programa formado por fisioterapia grupal, hidroterapia, terapia térmica, terapia psicósomática, ejercicio aeróbico, el ejercicio de la piscina, la TCC y la educación. Y el enfoque de la medicina integradora utiliza los mismos elementos de tratamiento, pero añade la terapia de ayuno y la terapia nutricional. Este estudio obtuvo unos resultados inmediatos más importantes con el enfoque de la medicina integral, ya que se redujo la puntuación total del FIQ 30,2% y 12,2% con la medicina integral, y un 13,1% y 6% con la atención reumatológica multidimensional (Michalsen *et alii*, 2013).

Finalmente, teniendo en cuenta que el factor de la dietética puede ser clave en el tratamiento de la FM, se realizó un estudio (Wahner-Roedler *et alii*, 2011) que compara el tratamiento de la FM con un suplemento de soja con el tratamiento con batidos de caseína. Se decidió introducir la soja en el tratamiento debido a los diversos beneficios que esta aporta al sistema cardiovascular, a nivel óseo y en la artritis reumatoide (Haddad, Azar, Groom y Boivin, 2005) for which allopathic medicine has provided limited tools for treatment and especially prevention. In that context, it appears worthwhile to target the immune system in order to modulate the risk of certain chronic illnesses. Meanwhile, natural health products (NHPs). Después de seis semanas de tratamiento no encontraron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las dos intervenciones.

C. Estudios que avalan la premisa de que el tratamiento multidisciplinar aporta beneficios al paciente

Un estudio (Vincent *et alii*, 2013) que evalúa la eficacia del tratamiento multidisciplinario basado en el ejercicio físico, la TCC, la educación para el dolor y las actividades de autocuidado de una semana de duración obtiene resultados prometedores que ya FIQ total posintervención consigue un diferencia significativa ($p = 12:03$) con una mejora de las medias de 10 puntos. De los seis pacientes que participan en el estudio, cinco obtuvieron mejoras clínicas significativas en una semana (mejorías del 0,7%, 14,4%, 14,2%, 24,5%, 45,6% y 48,4%). Otro estudio (González González, del Teso Rubio, Waliño Paniagua, Criado-Álvarez y Sánchez Holgado, 2015) que evalúa un programa de tratamiento multidisciplinario para pacientes con FM de una duración de una semana obtiene resultados beneficiosos para sus participantes, y consigue una diferencia significativamente estadística en FIQ ($p < 0,05$) y mejora los valores de FIQ pasando de moderado-grave a moderado-leve después de la intervención. El tratamiento consta de siete sesiones en las que se aplica farmacología, educación, terapia ocupacional y ejercicio físico.

D. Estudios que adaptan los tratamientos multidisciplinarios a características esenciales de los participantes

Por un lado, se tiene en cuenta el índice de masa corporal (IMC) de los participantes. Se crearon tres grupos según esta característica de los participantes, y los sometieron al TM convencional y el TM adaptado al IMC. Este estudio (Castel *et alii*, 2015) llegó a la conclusión de que todos los pacientes que se sometieron al tratamiento multidimensional obtuvieron beneficios, independientemente del IMC. Otra característica que se tiene en cuenta es el nivel educativo de los participantes. En la mayoría de los estudios esta característica se ha considerado una variable sociodemográfica, pero se ha comprobado que existe una asociación entre la FM y el bajo nivel educativo (Perrot, Vicaut, Servant y Ravaud, 2011). Por este motivo, se crea un TM para la FM adaptado a un nivel de educación bajo y lo compara con el TM habitual. Con este estudio (Castel *et alii*, 2013) los pacientes que siguieron el tratamiento adaptado obtuvieron una mejora en FIQ más significativa. La puntuación total del FIQ de los pacientes con el tratamiento adaptado disminuyó 64,2%, 48,1%, 42% y 27,2%, y 24,3%, 23%, 18,9% y 0%, del grupo control.

Esta investigación que hemos realizado pone de manifiesto que actualmente no hay un tratamiento de curación de la FM. De ahí que el tratamiento se centra en el control de los síntomas de la patología para mejorar la calidad de vida y el enfrentamiento a los síntomas. La evidencia científica indica que se necesita un tratamiento integral,

el TM, que debe incluir pautas de ejercicio físico, los programas de educación para la salud, la TCC, terapia para mejorar el sueño y el descanso y el tratamiento farmacológico. Todos estos pilares en los que debe basarse el TM engloban una gran variedad de tipos de herramientas para el tratamiento de esta patología (Deckert *et alii*, 2016) que genera una gran diversidad de tipos de TM; posiblemente por este motivo, no hemos podido realizar un metaanálisis de los artículos, ya que algunos trabajan el sueño, otros focalizan su intervención en la educación o la TCC, otros comparan diferentes tipos de tratamiento multidisciplinario...

Es interesante resaltar dos aspectos importantes sobre los tipos de TM revisados anteriormente. El primero es que no hay unas pautas específicas para tratar la FM, ya que las duraciones de las intervenciones son muy heterogéneas, y son mucho más cortas las de fuera de España. Este hecho se podría asociar a que los estudios internacionales se llevan a cabo con pacientes hospitalizados y donde las intervenciones son más intensas. Y, el segundo, es que en los dos estudios realizados en Cataluña se cambia la visión del tratamiento de la FM. Habitualmente, se crea *a priori* un tratamiento específico para la patología de la FM, pero en los estudios creados en esta comunidad autónoma los tipos de TM se crean basándose en la FM, pero adecuándose a las características de los pacientes. De tal forma que los tratamientos no son efectivos para todos los enfermos de FM. Siguiendo esta idea, hay autores que destacan la importancia de identificar las características de los pacientes con FM antes de crear una intervención. Un estudio de 2013 pone de manifiesto que las personas con FM tienen la predisposición genética a una menor regulación emocional en situaciones con una carga emocional negativa y en presencia de dolor, lo que a su vez implica aumento de la depresión, ansiedad, catastrofismo...; por tanto, los tratamientos de la FM pueden ser optimizados para utilizar diferentes tipos de tratamiento según los rasgos de personalidad (Torres *et alii*, 2013).

Ante esta diversidad para tratar la FM se han ido creando guías de tratamiento e incluso leyes que regulan las actuaciones sanitarias ante la FM. Pero no terminan de ser efectivas, ya que la realidad encontrada en la revisión bibliográfica también se encuentra en la práctica clínica habitual. Esta situación posiblemente se solucionaría si no hubiera tanta diversidad de tratamientos y se estandarizan los protocolos que siguen los centros que obtienen buenas críticas. Y, además, esto repercutiría en que las líneas de investigación serían más homogéneas para obtener resultados extrapolables a la práctica clínica diaria.

En definitiva, esta revisión pone de manifiesto la necesidad de unificar y estandarizar los tratamientos; es cierto que la innovación es una característica que va unida a la investigación, pero hay que profundizar en el tratamiento de la FM para especificar cuáles son las herramientas específicas que se deben usar en el TM.

4. Estado actual del tratamiento multidisciplinario en Cataluña

En España, y en concreto en Cataluña, en diciembre de 2006 se creó un modelo de atención a la FM y el SFC, y el plan de implantación.

La implantación de este modelo pretende conseguir lo siguiente: mejorar la accesibilidad a una atención de calidad; aumentar la sensibilización, la información y la formación de los profesionales de la salud respecto a esta enfermedad; potenciar el rol de los profesionales de la atención primaria en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, con el apoyo de la red especializada y con la adopción de las medidas terapéuticas basadas en la evidencia científica; mejorar la coordinación con la red especializada y comunitaria, y el trabajo pluridisciplinar, con la creación de equipos de profesionales coordinados por una figura gestora de casos en los hospitales de referencia y mejorar el rol de asesoramiento terapéutico de las unidades especializadas.

Este nuevo modelo da una gran importancia a la Atención Primaria de Salud (APS) y le asigna los roles de evaluación diagnóstica. El tratamiento inicial también debe hacerse desde la APS, mediante la coordinación entre médicos-enfermería-trabajadores sociales. Las tareas principales de los profesionales de la APS son el acompañamiento, la información sobre la enfermedad, el tratamiento de los síntomas (problemas del sueño, el dolor y las alteraciones de la salud mental), la recomendación de ejercicio físico gradual moderado y el seguimiento longitudinal de los casos (Albinyana *et alii*, 2006).

Aunque la APS tiene un papel muy importante en estas patologías, existen otros servicios que forman el circuito asistencial para la atención a las personas con FM (figura 2).

Figura 2. Circuito asistencial para personas con FM y SFC.



Con este modelo de atención nace la figura de la Unidad Hospitalaria Especializada (UHE) en el diagnóstico y tratamiento de la FM y SCF, y las funciones que ha de realizar son las siguientes:

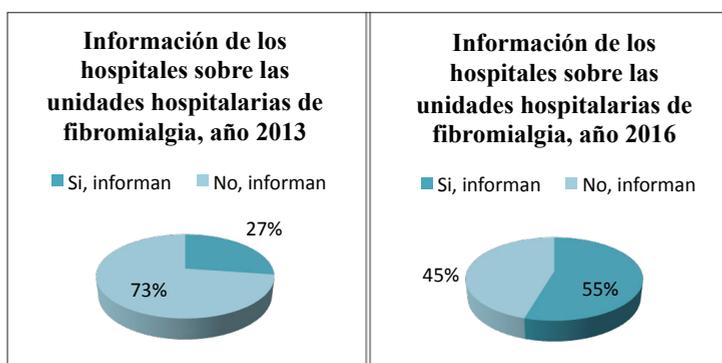
- Coordinar el personal de las diferentes especialidades que requiera el tratamiento integral de estas enfermedades.
- Facilitar el asesoramiento que, en materia de diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, puedan requerir los equipos de atención primaria de salud incluidos en su ámbito territorial.
- Prestar la atención sanitaria que requieran las personas enfermas, a efectos de confirmación diagnóstica o tratamiento multidisciplinario, cuando los equipos de atención primaria de salud consideren que las necesidades asistenciales de la persona enferma sobrepasan los recursos disponibles en la atención primaria, sin perjuicio de que estos equipos continúen asumiendo el seguimiento de estos pacientes.
- Hacer el control evolutivo, en aquellos supuestos que así lo establezcan los correspondientes protocolos asistenciales, de determinadas personas enfermas en función de la gravedad de la enfermedad o complejidad del tratamiento prescrito.
- Establecer los correspondientes protocolos asistenciales, de acuerdo con las directrices que pueda establecer el Departamento de Salud o, en su caso, el Servicio Catalán de la Salud.
- Comunicar estos protocolos a todos los equipos de atención primaria de salud incluidos dentro de su ámbito territorial.

Un aspecto que hay que tener en cuenta de estas unidades es que las personas especialistas que han de componer las UHE son profesionales de medicina interna, reumatología, neurología, psicología clínica y todas las demás que se consideren necesarias en cada caso —como, por ejemplo, de endocrinología, cardiología o psiquiatría—, además de las personas especialistas en rehabilitación y pediatría para atender los casos de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica en personas enfermas no adultas. Aparte del personal médico, las UHE deben integrar el resto de personal sanitario y no sanitario, como enfermería, gestora de casos de enfermería y trabajo social, que sea necesario para el tratamiento integral y multidisciplinario de las diferentes necesidades asistenciales que presentan las personas que sufren estas enfermedades.

Además, bajo el aval del modelo de atención a la FM y el síndrome de fatiga crónica y la Orden publicada en el Diario de la Generalidad de Cataluña en 2010 (*Bolletí Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2008), se crearon once servicios, denominados Unidades Hospitalarias Especializadas (UHE) en FM y SCF (Generalitat de Catalunya, 2011) repartidas por todo el territorio catalán. Esta orden es un documento legal que apoya estas unidades y, además, regula las funciones y los objetivos de estos servicios.

Para tener una idea inicial sobre estas unidades, en 2013 se realizó una búsqueda en las páginas webs de los hospitales que tienen este servicio para ver cómo presentan esta unidad y para identificar el tipo de información que ofrecen sobre las UHE. Esta investigación se muestra en la figura 3, donde se concluyó que solo tres centros dan información sobre la Unidad de FM (Hospital Santa Maria de Lleida, Hospital del Mar y Hospital Joan XXIII); en 2016 se volvió a realizar la búsqueda para ver si la Orden de 2010 había impulsado el hacer más visibles estas unidades. Esta vez, el número de hospitales que informan sobre este servicio había aumentado a seis. A los hospitales que en 2013 ya informaban sobre este servicio, se suman en 2016 el Hospital de Manresa, el Hospital Vall d'Hebron y el Hospital Virgen de la Cinta.

Figura 3. Evolución sobre la información de las unidades especializadas en fibromialgia de Cataluña.



A pesar de varios intentos, impulsados a través de modelos y leyes, para ofrecer un servicio que dé atención de calidad a las personas que sufren fibromialgia, parece que no está dando el fruto esperado. Podríamos afirmar que la realidad encontrada en la anterior revisión también aparece en nuestros centros, ya que están rodeados por una polémica preocupante. Según el Instituto Catalán de Salud, solo dos de los once centros funcionan de forma óptima, y este organismo está realizando evaluaciones cuantitativas y también cualitativas sobre los diferentes centros que tienen UHE (Generalitat de Catalunya, 2015). En 2015 el telediario de esta comunidad autónoma comunicó que estos centros serían reestructurados debido a las críticas recibidas por parte de los enfermos de FM (*Noticias TV3*, 2015). Disponemos de la información necesaria para afirmar que una de las unidades que ha sido revisada por el ICS y que ha obtenido el certificado favorable es la unidad que pertenece al Hospital Santa Maria de Lleida. En el capítulo siguiente nos centraremos en esta UHE y describiremos sus rasgos fundamentales.

5. Unidad Hospitalaria Especializada en Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica del Hospital Santa Maria de Lleida

Descripción de la unidad

La Unidad de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica está ubicada en el recinto del Hospital Santa Maria de Lleida, en la Avenida Alcalde Rovira Roure, n.º 44, de Lérida. La unidad dispone de dos despachos que se utilizan tanto para las visitas médicas de los dos reumatólogos y de la enfermera como para las reuniones del equipo. También contamos con una sala polivalente donde se realizan las sesiones grupales de tratamiento multidisciplinario con la fisioterapeuta, la psicóloga y la terapeuta ocupacional.

La Región Sanitaria Lleida coincide con el Gobierno Territorial de Salud del mismo nombre y comprende las comarcas de las Garrigues, Noguera, Pla d'Urgell, Segarra, Segrià y Urgell. Su población es de 365 679 habitantes y tiene una extensión de 5447 km².

Esta unidad está formada por un conjunto de personas que forman parte de diferentes disciplinas sanitarias: el reumatólogo, la enfermería, el fisioterapeuta-sofrólogo, el terapeuta ocupacional y el psicólogo clínico. El conglomerado que forman estos profesionales es una característica esencial del tratamiento multidisciplinario. Aunque estos profesionales sanitarios trabajan en equipo, cada uno de ellos, dentro de la unidad, tienen unos objetivos bien marcados (Unidad Hospitalaria Especializada en Fibromialgia de Lérida, 2015):

A. Reumatólogo

Es el especialista de la Unidad Hospitalaria Especializada (UHE) que actuará como primer referente de la atención especializada en los casos de FM, SFC y SQM. Como dice la resolución del Parlamento deben:

- Asesorar a los APS en el diagnóstico y en el tratamiento de las personas afectadas de FM, SFC y SQM.
- Atender directamente a los enfermos que les sean derivados, siguiendo los criterios de interconsulta establecidos y ofreciendo una atención individualizada.
- Realizar la confirmación diagnóstica y hacer la propuesta de tratamiento.
- Emitir el informe clínico de derivación a los APS.
- En aquellos casos especialmente complejos o graves se puede proponer tratamiento multidisciplinario con la participación de determinadas especialidades médicas en función de la sintomatología clínica y del momento

evolutivo de cada paciente en particular, con un seguimiento individualizado para cada caso.

- ✦ Realizar programas de formación dirigidos a los APS para difundir el conocimiento sobre la FM, SFC y SQM.
- ✦ Liderar y coordinar el proceso asistencial en la UHE.
- ✦ Difundir los diferentes aspectos de la FM, SFC y SQM entre las asociaciones de afectados y las diferentes instituciones sociales.
- ✦ Realizar talleres dirigidos a los afectados sobre aspectos médicos importantes en enfermedades crónicas como la FM, SFC y SQM.

B. Enfermera

Realiza una tarea asistencial en forma de trabajo individual incidiendo en algunos aspectos:

- ✦ Evaluación clínica de los pacientes con los instrumentos de medida autoaplicables: Cuestionario de Impacto de la FM (FIQ), Cuestionario de Capacidad Funcional (HAQ), Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), Escala Analógica del Dolor (EVA), Test de calidad de vida SF-36, QEESI entre los afectados por SQM.
- ✦ Educación sanitaria de la enfermedad.
- ✦ Valorar los problemas relacionados con el dolor, el cansancio, la movilidad, la alteración del patrón del sueño, la ansiedad o la depresión, así como la vivencia personal del enfermo ante estas situaciones.
- ✦ Informar de las diferentes intervenciones farmacológicas disponibles.
- ✦ Promover conductas generadoras de salud y valorar los efectos nocivos de determinados hábitos y conductas a fin de dar elementos para modificarlos.
- ✦ Preparar el retorno y conexión con el médico de familia para seguimiento del paciente.
- ✦ Informar sobre todo lo que puede desencadenar o perpetuar el SQM y proporcionar herramientas para evitar el contacto con los productos y sustancias consideradas tóxicas. Informar también sobre la patología derivada de dicho edificio enfermo y por campos electromagnéticos.

C. Fisioterapeuta-sofrólogo

Es el encargado de lo siguiente:

- ✦ Ejecutar técnicas de fisioterapia como electroterapia, termoterapia o terapia manual entre otras, con el objetivo de disminuir el dolor y la tensión muscular.
- ✦ Dotar al paciente de estrategias de control del dolor y del insomnio mediante técnicas de sofrología.
- ✦ Educar al paciente en las normas de higiene postural.
- ✦ Desarrollar programas de cinesiterapia destinados a mejorar la autopercepción del esquema y control postural, a incrementar el tónus y disminuir la tensión muscular, la rigidez articular y la fatiga con el objetivo de mejorar la capacidad funcional del paciente.
- ✦ Proporcionar pautas domiciliarias de la actividad física más conveniente en cada momento y sobre la forma óptima de desarrollar las actividades de la vida diaria.
- ✦ Informar y dotar de estrategias para combatir los problemas de salud asociados con la FM, SFC y SQM.
- ✦ Hacer un seguimiento a largo plazo de los pacientes que han realizado el tratamiento multidisciplinario para detectar nuevas necesidades de salud y hacer un balance de la efectividad del programa de tratamiento.

Terapeuta ocupacional

Con su ayuda se pretende:

- ✦ Regular las actividades de la vida diaria de los enfermos.
- ✦ Educación sobre técnicas ergonómicas.
- ✦ Mejorar capacidades cognitivas: atención, concentración y memoria.
- ✦ Buscar una correcta adaptación ergonómica en el entorno.
- ✦ Establecer objetivos funcionales.
- ✦ Ayudar al paciente a retornar a su actividad laboral.
- ✦ Hacer un seguimiento a largo plazo de los pacientes que han realizado el tratamiento multidisciplinario para detectar nuevas necesidades de salud y hacer un balance de la efectividad del programa de tratamiento.

Psicólogo clínico

Con su intervención, que se lleva a cabo de forma individual y grupal, se pretende:

- ♦ Elaborar programas de modificación del comportamiento, dirigidos a aumentar el nivel funcional para las tareas cotidianas, con técnicas basadas en el condicionamiento operante, haciendo uso del control de los estímulos ambientales y la supresión de los reforzantes del dolor.
- ♦ Tratamiento cognitivo: con técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto, así como técnicas de reestructuración cognitiva para mejorar los aspectos como la percepción de la enfermedad, el enfrentamiento del dolor, la ansiedad y la depresión.
- ♦ Identificación de los pensamientos negativos.
- ♦ Identificación de la sobreestimación de la probabilidad de aparición.
- ♦ Tratamiento de la ansiedad y del miedo al dolor.
- ♦ La conducción y el diseño de las terapias individuales o de grupo.
- ♦ Trabajar la catastrofización.
- ♦ En el SFC y la SQM o en presencia de determinados síntomas como la pérdida de memoria marcada, también lleva a cabo la evaluación del estado cognitivo del paciente.
- ♦ Ayuda en el cumplimiento de las prescripciones médicas.
- ♦ Asesoramiento a los familiares sobre los aspectos conductuales de la enfermedad y estrategias de enfrentamiento por seguir.

Gracias a los profesionales nombrados anteriormente y a las tareas que desarrollan en la unidad, este servicio pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- ♦ Evaluación y asesoramiento multidisciplinario del tratamiento de los enfermos con FM en situación de síndrome de dolor crónico discapacitante y falta de respuesta a los tratamientos.
- ♦ Evaluación y asesoramiento multidisciplinario del tratamiento de los enfermos con SFC y SQM con grave afectación y falta de respuesta a los tratamientos.
- ♦ Realizar el control evolutivo periódico de los casos graves y complejos.
- ♦ Elaborar un informe que incluya un programa protocolarizado de tratamiento multidisciplinario con el objetivo de lograr la recuperación funcional para poder desarrollar las actividades habituales de la vida.

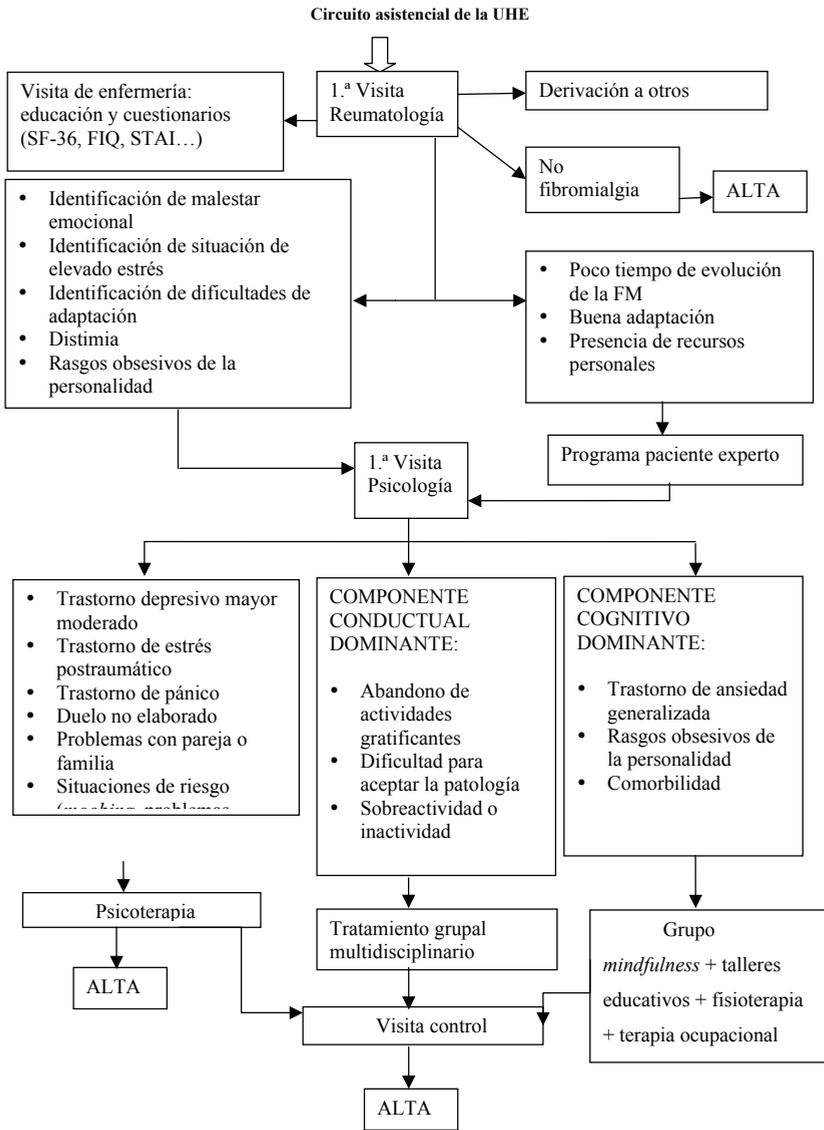
- ✦ Dar soporte científico y de formación médica continuada en atención primaria, en los hospitales básicos y en las asociaciones o fundaciones de enfermos que lo soliciten.
- ✦ Asesorar a la atención primaria en el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes con FM, SFC y SQM.
- ✦ Coordinarse con los hospitales de referencia para agilizar las interconsultas y establecer unas pautas diagnósticas y terapéuticas consensuadas.
- ✦ Desarrollar proyectos de investigación en relación con la FM, SFC y SQM, y los condicionantes físicos, psicológicos y sociales que influyen sobre la percepción de dolor y fatiga, y repercuten sobre la calidad de vida.
- ✦ Participar en la elaboración y difusión de la Ruta Asistencial de la Fibromialgia por las Tierras de Lleida, enmarcada en el Plan de Salud 2011-2015 de la Generalidad de Cataluña.

Gracias a todas estas tareas se construye el tratamiento multidisciplinario que ofrece dicha unidad para los pacientes con fibromialgia candidatos a ser introducidos en el servicio para mejorar su sintomatología. En el siguiente apartado mostraremos de forma resumida el tipo de tratamiento que ofrece la unidad a sus pacientes.

6. Tratamiento multidisciplinario que ofrece la Unidad Hospitalaria Especializada en Fibromialgia del Hospital Santa Maria de Lleida

El circuito básico que siguen los pacientes una vez introducidos en la UHE de Lérida (figura 4) está centrado en tres profesionales sanitarios: en primer lugar, el reumatólogo, quien realiza el primer contacto con el paciente, confirma el diagnóstico de fibromialgia y lo deriva, si es necesario, a otros profesionales; en segundo lugar, la enfermera, quien se encarga de la educación del paciente y de la realización de los cuestionarios de salud que evalúan el estado del paciente; y, en último lugar, la psicóloga, quien realiza una valoración psicológica del paciente y le ofrece tratamiento de este nivel.

Figura 4. Circuito asistencial de la UHE del Hospital de Santa Maria de Lleida.



El tratamiento multidisciplinario que ofrece la Unidad Hospitalaria Especializada de Santa Maria se divide en cuatro grandes grupos: el tratamiento farmacológico, el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual y los talleres.

El tratamiento farmacológico usado en la unidad se clasifica según la evidencia científica de los fármacos (tabla 2):

Tabla 2. Farmacología utilizada para la fibromialgia

EVINDENCIA FUERTE	EVINDENCIA MODERADA	EVINDENCIA DÉBIL	SIN EVINDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina • Ciclobenzaprina • Antidepresivos IRSN <ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina • Duloxetina • Antiepilépticos <ul style="list-style-type: none"> • Gabapentina • Prebagalina 	<ul style="list-style-type: none"> • Opiáceos menores <ul style="list-style-type: none"> • Tramadol • ISRS <ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetina • Paroxetina • Citalopram • Antagonistas de la dopamina <ul style="list-style-type: none"> • Pramipexol 	<ul style="list-style-type: none"> • AINES • Opiáceos mayores <ul style="list-style-type: none"> • Bupremorfina • Fentalino • Morfina 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipnóticos • Benzodiazepínicos • Tratamientos hormonales <ul style="list-style-type: none"> • Corticoesteroides • Calcitonina • H. Tiroideas • Melatonina • DHEA • 5-Hidroxitriptófano

El ejercicio físico se realiza de forma grupal y se estructura en diez sesiones. En estas sesiones se realiza:

- Valoración pre- y postratamiento.
- Sofronización.
- Práctica de concentración.
- Ejercicios de corrección postural.
- Técnica de control del dolor.
- Pautas de higiene.
- Ejercicios físicos para la espalda.
- Técnica del control del insomnio.
- Aceptación del dolor.
- Ejercicios físicos para cervicales y articulación temporomaxilar.

En la terapia cognitivo-conductual se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Entrevista clínica.
- Psicoeducación, impacto de las conductas.
- Aprendizaje para realizar tareas de forma fraccionada.
- Análisis funcional de la conducta disfuncional.
- Estrategias de manejo del dolor.
- Entrenamiento de la relajación.
- Jerarquización de las actividades diarias.

- ✦ Entrenamiento de la asertividad.
- ✦ Entrenamiento en resolución de problemas.
- ✦ Aceptación del dolor y de la enfermedad.

Y, finalmente, los talleres son actividades realizadas por los propios profesionales de la unidad y están abiertos a todos sus pacientes. En 2016 se realizarán los siguientes:

- ✦ Taller de lectura.
- ✦ Taller psicoeducativo.
- ✦ Programa paciente experto.
- ✦ Taller para combatir el dolor.
- ✦ Taller para combatir estrés/ansiedad.
- ✦ Taller de insomnio.
- ✦ Taller de sexualidad.
- ✦ Taller del manejo de la tristeza.
- ✦ Taller de la autoestima.
- ✦ Taller de la alimentación.
- ✦ Taller a familiares.
- ✦ Taller de autoestima.

Bibliografía

- ÅKERBLOM, S.; PERRIN, S.; RIVANO FISCHER, M.; MCCracken, L.M. (2015). «The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain.» *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 16(7), 606-15. <<http://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.03.007>>.
- ALBINYANA, C.; ALEGRE, C.; ALEGRE, J.; CARBONELL, J.; CASAS, M.; COLLADO, A.; ESTRADA, M.D. (2006). *Nou model d'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de la fatiga crònica*. (Planificació Direcció General i Avaluació, Ed.) *Igarss 2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. <<http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>>.
- BELLATO, E.; MARINI, E.; CASTOLDI, F.; BARBARETTI, N.; MATTEI, L.; BONASIA, D.E.; BLONNA, D. (2012). «Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment.» *Pain research and treatment*, 2012, 17. <<http://doi.org/10.1155/2012/426130>>.
- BENZ, T.; ANGST, F.; AESCHLIMANN, A. (2011). «Behandlung chronischer schmerzen in der Schweiz: Wissenschaftliche evidenz.» *Praxis*, 100(10), 591-598. Retrieved from <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79955927639&partnerID=tZOtx3y1>>.
- BOIX PUJOL, D.; CAMPS DOMÈNECH, M.; DE CASTRO PALOMINO, M.; FAIXEDAS BRUNSOMS, M.; GARABIETA URQUIZA, F.; GARCÍA-BRAGADO DALMAU, F.; NÒRIA, A.V. (2010). *Guia de la Fibromiàlgia*. Girona: Generalitat de Catalunya, Ccatsalut. Retrieved from <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/CatSalut_territori/girona/Publicacions/documents/10fibromiàlgia.pdf>.
- Bolletí Oficial de la Generalitat de Catalunya*. Resolució 203/VIII del Parlament de Catalunya, sobre l'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de la fatiga crònica, Pub. L. No. 250-00770/08 (2008). España. Retrieved from <http://www.laff.es/sites/default/files/Resoluci%C3%B3_203-VIII_Parlament_Catalunya.pdf>.
- CARMONA, L.; BALLINA, J.; GABRIEL, R.; LAFFON, A. (2001). «The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey.» *Annals of the rheumatic diseases*, 60, 1040–1045. Retrieved from <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1753418&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.
- CARMONA, L.; GABRIEL, R.; BALLINA, J.; LAFFON, A. (2001). «Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española.» *Revista Española de Reumatología*, 28(1), 18-25. Retrieved from <<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-proyecto-episer-2000-prevalencia-enfermedades-15193>>.

- CASANUEVA-FERNÁNDEZ, B.; LLORCA, J.; RUBIÓ, J.B.I.; RODERO-FERNÁNDEZ, B.; GONZÁLEZ-GAY, M.A. (2012). «Efficacy of a multidisciplinary treatment program in patients with severe fibromyalgia». *Rheumatology international*, 32(8), 2497-2502. <<http://doi.org/10.1007/s00296-011-2045-1>>.
- CASTEL, A.; CASTRO, S.; FONTOVA R, POVEDA MJ, CASCÓN-PEREIRA R, MONTULL S, RULL M (2015). «Body mass index and response to a multidisciplinary treatment of fibromyalgia.» *Rheumatology international*, 35(2), 303-314. <<http://doi.org/10.1007/s00296-014-3096-x>>.
- CASTEL, A.; FONTOVA, R.; MONTULL, S.; PERIÑÁN, R.; POVEDA, M.J.; MIRALLES, I.; RULL, M. (2013). «Efficacy of a multidisciplinary fibromyalgia treatment adapted for women with low educational levels: a randomized controlled trial.» *Arthritis care & research*, 65(3), 421–431. Retrieved from <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84876346249&partnerID=tZOtx3y1>>.
- DECKERT, S.; KAISER, U.; KOPKOW, C.; TRAUTMANN, F.; SABATOWSKI, R.; SCHMITT, J. (2016). «A systematic review of the outcomes reported in multimodal pain therapy for chronic pain.» *European journal of pain*, 20(1), 51-63. <<http://doi.org/10.1002/ejp.721>>.
- DÍAZ-PIEDRA, C.; CATENA, A.; SÁNCHEZ, A.I.; MIRÓ, E.; MARTÍNEZ, M.P.; BUELA-CASAL, G. (2015). «Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: the role of clinical and polysomnographic variables explaining poor sleep quality in patients.» *Sleep medicine*, 16(8), 917-25. <<http://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.011>>.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2011). «Unitats hospitalaries especialitzades.» Retrieved January 23, 2016, from <http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/quins_serveis_ofereix_catsalut/altres_serveis/document/unitats_hospitalaries_especialitzades_per_regions_sanitaries.pdf>.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2015). «El Departament de Salut revisa el model d'atenció a les persones afectades per la fibromiàlgia, la síndrome de fatiga crònica i la sensibilitat química múltiple.» Retrieved January 23, 2016, from <http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notespremsa/281400/departament-salut-revisa-model-datencio-persones-afectades-fibromialgia-sindrome-fatiga-cronica-sensibilitat-quimica-multiple.html>.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.; DEL TESO RUBIO, M. DEL M.; WALIÑO PANIAGUA, C.N.; CRIADO-ÁLVAREZ, J.J.; SÁNCHEZ HOLGADO, J. (2015). «Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar

- desde Atención Primaria.» *Reumatología Clínica*, 11(1), 22-26. <<http://doi.org/10.1016/j.reuma.2014.03.005>>.
- HADDAD, P.S.; AZAR, G.A.; GROOM, S.; BOIVIN, M. (2005). «Natural health products, modulation of immune function and prevention of chronic diseases.» *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2(4), 513-520. <<http://doi.org/10.1093/ecam/neh125>>.
- HAMNES, B.; MOWINCKEL, P.; KJEKEN, I.; HAGEN, K.B. (2012). «Effects of a one week multidisciplinary inpatient self-management programme for patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial.» *BMC musculoskeletal disorders*, 13, 189. <<http://doi.org/10.1186/1471-2474-13-189>>.
- KUDRINA, I.; SHIR, Y.; FITZCHARLES, M.A. (2015). «Multidisciplinary treatment for rheumatic pain.» *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(1), 156-163. <<http://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.029>>.
- LEAVITT, F.; KATZ, R.S. (2014). «Cognitive dysfunction in fibromyalgia: slow access to the mental lexicon.» *Psychological reports*, 115(3), 828-39. <<http://doi.org/10.2466/04.15.PR0.115c32z1>>.
- LOESER, J.D.; BOUREAU, F.; BROOKS, P.; FERRER-BRECHNER, T.; FIELDS, H.L.; FOX, C.D.; WOOD, M. (2014). «Pain Clinic Guidelines.» Retrieved December 12, 2015, from <<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1471>>.
- MARTÍNEZ, M.P.; MIRÓ, E.; SÁNCHEZ, A.I.; DÍAZ-PIEDRA, C.; CÁLIZ, R.; VLAEYEN, J.W.S.; BUELA-CASAL, G. (2014). «Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: a randomized controlled trial.» *Journal of behavioral medicine*, 37(4), 683-697. <<http://doi.org/10.1007/s10865-013-9520-y>>.
- MAS, A.J.; CARMONA, L.; VALVERDE, M.; RIBAS, B. (2008). «Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain.» *Clinical and experimental rheumatology*, 26, 519-526. Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18799079>>.
- MICHALSEN, A.; LI, C.; KAISER, K.; LÜDTKE, R.; MEIER, L.; STANGE, R.; KESSLER, C. (2013). «In-Patient Treatment of Fibromyalgia: A Controlled Nonrandomized Comparison of Conventional Medicine versus Integrative Medicine including Fasting Therapy.» *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2013, 908610. <<http://doi.org/10.1155/2013/908610>>.
- MONTESÓ CURTO, M.; MARTÍNEZ QUINTANA, M. (2009). «Comorbilidad en depresión.» *Rol Enfermería*, 32(1), 828-831.

- Noticias TV3 (2015). «Un nou protocol per als malalts de fibromiàlgia.» Retrieved from <http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notesprensa/281400/departament-salut-revisa-model-datencio-persones-afectades-fibromialgia-sindrome-fatiga-cronica-sensibilitat-quimica-multiple.html>.
- NOVO, M.; ARCE, R.; FARIÑA, F. (2003). «El heurístico: perspectiva histórica, concepto y tipología.» En *Jueces: Formación de juicios y sentencias* (pp. 39-66). Granada: Grupo Editorial Universitario. Retrieved from <http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/uforense/descargas/2003_Heurxsticox_concepto_y_tipologxa_xNovo_et_al.x_2003x.pdf>.
- PERROT, S.; VICAUT, E.; SERVANT, D.; RAVAUD, P. (2011). «Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia).» *BMC musculoskeletal disorders*, 12, 224. <<http://doi.org/10.1186/1471-2474-12-224>>.
- QUEIROZ, L.P. (2013). «Worldwide epidemiology of fibromyalgia.» *Current pain and headache reports*, 17(8), 356. <<http://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>>.
- RODRÍGUEZMUÑIZ, R.; ORTAGONZÁLEZ, M.; AMASHTANIETO, L. (2010). «Cuidados de enfermería a los pacientes con fibromialgia.» *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, 19, 9-16. Retrieved from <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3265923&info=resumen&idioma=SPA>>.
- SCASCIGHINI, L.; TOMA, V.; DOBER-SPIELMANN, S.; SPROTT, H. (2008). «Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes.» *Rheumatology (Oxford, England)*, 47(5), 670-678. <<http://doi.org/10.1093/rheumatology/ken021>>.
- SLIM, M.; CALANDRE, E.P.; RICO-VILLADEMOROS, F. (2015). «An insight into the gastrointestinal component of fibromyalgia: clinical manifestations and potential underlying mechanisms.» *Rheumatology international*, 35(3), 433-44. <<http://doi.org/10.1007/s00296-014-3109-9>>.
- SOLOMON, D.H.; WARSI, A.; BROWN-STEVENSON, T.; FARRELL, M.; GAUTHIER, S.; MIKELS, D.; LEE, T.H. (2002). «Does self-management education benefit all populations with arthritis? A randomized controlled trial in a primary care physician network.» *The Journal of rheumatology*, 29(2), 362-368. Retrieved from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11838857>>.
- TORRES, X.; BAILLES, E.; VALDÉS, M.; GUTIÉRREZ, F.; PERI, J.M.; ARIAS, A.; COLLADO, A. (2013). «Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients.» *General hospital psychiatry*, 35(6), 640-8. <<http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.07.014>>.

- UNIDAD HOSPITALARIA ESPECIALIZADA EN FIBROMIALGIA (2015). *Memoria de la unidad hospitalaria especializada en fibromialgia, síndrome de la fatiga crónica y sensibilidad química múltiple*. Lleida: Gestió de serveis sanitaris.
- VAN EIJK-HUSTINGS, Y.; KROESE, M.; TAN, F.; BOONEN, A.; BESSEMS-BEKS, M.; LANDEWÉ, R. (2013). «Challenges in demonstrating the effectiveness of multidisciplinary treatment on quality of life, participation and health care utilisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial.» *Clinical rheumatology*, 32(2), 199-209. <<http://doi.org/10.1007/s10067-012-2100-7>>.
- VINCENT, A.; WHIPPLE, M.O.; OH, T.H.; GUDERIAN, J.A.; BARTON, D.L.; LUEDTKE, C.A. (2013). «Early experience with a brief, multimodal, multidisciplinary treatment program for fibromyalgia.» *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 14(4), 228-335. <<http://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.05.001>>.
- WAHNER-ROEDLER, D.L.; THOMPSON, J.M.; LUEDTKE, C.A.; KING, S.M.; CHA, S.S.; ELKIN, P.L.; BAUER, B.A. (2011). «Dietary soy supplement on fibromyalgia symptoms: a randomized, double-blind, placebo-controlled, early phase trial.» *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2011, 350697. <<http://doi.org/10.1093/ecam/nen069>>.
- WANG, S.M.; HAN, C.; LEE, S.J.; PATKAR, A.A.; MASAND, P.S.; PAE, C.U. (2015). «Fibromyalgia diagnosis: a review of the past, present and future.» *Expert Review of Neurotherapeutics*, 15(6), 667-679. <<http://doi.org/10.1586/14737175.2015.1046841>>.

Efectividad de tres tipos de intervenciones en pacientes con fibromialgia en una zona del sur de Cataluña. Estudio preliminar

Pilar Montesó-Curto,¹ Montserrat García-Martínez,¹

Maria Luisa Panisello Chavarria,¹ Sara Romaguera Genís,¹ Sandra Ferré Almo,²

Maria Luisa Mateu Gil,¹ Maria Teresa Cubí Guillén,¹ Lidia Sarrió Colás,¹

Antonio M.^a Sánchez Herrero,² Teresa Salvadó Usach,³ Marylène Lejeune,⁴

Carmen Gómez Martínez,² Carmen Ferré-Grau¹

1. Resumen

Introducción. Existen diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para aliviar los síntomas de la fibromialgia (FM), aunque por el momento no se dispone de ningún tratamiento totalmente efectivo. Además, el tratamiento del dolor crónico es complejo, ya que las relaciones entre depresión y dolor son estrechas.⁵

Objetivos. Por ello, queremos analizar la eficacia de diferentes terapias en tres grupos de personas diagnosticadas de FM.

1 Facultad de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili.

2 Servicio de Anestesiología, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

3 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, IISPV, URV.

4 Área de Biología Molecular, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, IISPV, URV.

5 Abreviaciones:

AINE Antiinflamatorios no esteroideos

FM Fibromialgia

TRP Terapia de resolución de problemas

TRPG Terapia de resolución de problemas grupal

Material y método. *Randomized controlled trial*. La muestra del estudio la componen 66 personas diagnosticadas de FM que acuden a la consulta de Reumatología del Área de Salud de la Gerencia Territorial Terres de l'Ebre (30) y a tres asociaciones de FM de la misma zona (36). En el primer grupo realizamos infiltración de la zona cervical con toxina botulínica; en el segundo, terapia cognitivo-conductual, denominada *terapia de resolución de problemas grupal* (TRPG), y en el tercero, las dos terapias (infiltración + TRPG). Las variables que registramos fueron la calidad de vida (cuestionario de salud EuroQol-5D), pensamientos de suicidio (escala Plutchick), percepción del dolor (EVA) y calidad del sueño (SCOPA). También analizamos la satisfacción y la utilidad percibida de dichas terapias.

Resultados. El 96,9% (64) de la muestra del estudio fueron mujeres. La satisfacción de la infiltración fue de $5,1 \pm 2,7$ puntos, y la TRPG, de $6,6 \pm 3,2$. El grupo infiltración ($P = 0,016$) y el de TRPG ($P = 0,001$) mejoraron la autopercepción de la salud después de realizar la intervención. El grupo de infiltración + TRP mejoró el riesgo suicida ($P = 0,049$). La infiltración disminuyó el dolor en un 31,8%, la terapia lo mejoró en un 13,6%, y la TRPG + infiltración, en un 22,7%. La terapia disminuyó la ansiedad/depresión en un 45%; la infiltración, en un 36,3%, y la terapia más la infiltración, en un 36,3%.

Conclusión. La infiltración + TRPG disminuye las ideas de suicidio. Tanto la infiltración como la TRPG, realizadas por separado, mejoran la percepción del estado de salud y el índice del estado de salud. Se observa una disminución de la ansiedad/depresión de casi la mitad de las personas a las que se realiza TRPG, y una tercera parte de las personas que reciben infiltración disminuyen el dolor.

Registro como ensayo clínico: Clinical Trials.gov. NCT02078791.

Palabras clave: fibromialgia, terapia de resolución de problemas, infiltración, calidad de vida, pensamientos de suicidio, calidad del sueño.

2. Introducción

La palabra *fibromialgia* (FM) significa 'dolor en los músculos, ligamentos y tendones, es decir, en las partes fibrosas del cuerpo'. La FM es un estado doloroso no articular que afecta predominantemente a los músculos; sus características principales fueron enunciadas como dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos denominados *tender points* o *puntos gatillo* (Galindo, 2004). Un 90% de los diagnosticados son mujeres. La edad de inicio más frecuente es entre los 30-60 años, aunque puede empezar en todas las edades, incluyendo la adolescencia y la vejez. Para Cobankara (Cobankara et alii, 2011), hay una mayor incidencia en mujeres, trabajadoras

de edad avanzada y con bajos ingresos. Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad y a que con frecuencia estos pacientes pasan largas temporadas de baja laboral, el coste económico de la misma es elevado, lo que la convierte en un problema sociosanitario cada vez más importante (García Campayo y Alda, 2004). Impone una carga económica importante para la sociedad (Lachaine, Beauchemin y Landry, 2010; Winkelmann *et alii*, 2011), y alcanza, según este último, un 75 % de los costes indirectos de la pérdida de productividad.

La ansiedad y la depresión son los síntomas más frecuentes en pacientes diagnosticados de FM (Aguglia, Salvi, Maina, Rossetto y Aguglia, 2011; Barkin, Barkin, Irving y Gordon, 2011; Caro y Winter, 2011; Pérez-Pareja, Palmer, Sese, Molina y Gonzalvo, 2004; Shipley, 2010), también aparece malestar (Valls, 2005), sobrecarga familiar y laboral importante, violencia de género elevada, bajo apoyo familiar y dificultades importantes en la infancia (Montesó, Ferré y Martínez, 2010). Además, el 45,3 % de los pacientes con FM cumplen los criterios del trastorno por estrés postraumático (TEPT), que constituye un factor de riesgo potencial de la FM y viceversa (Häuser *et alii*, 2013). Por tanto, sería importante aumentar las habilidades de afrontamiento ante estas situaciones (Comeche y Vallejo, 1998). Otros síntomas que incluye la FM son la reducción del umbral del dolor, fatiga, trastorno del sueño, pérdida de la memoria, problemas de cognición, dolor de cabeza, migraña, dolor abdominal difuso con cambios en el hábito intestinal (síndrome del intestino irritable) y la frecuencia urinaria (Shipley, 2010). Los síndromes depresivos se asocian con la percepción del dolor más alto, peor calidad de vida y sucesos vitales más graves (Aguglia *et alii*, 2011; Shipley, 2010). La falta de sueño afecta negativamente al dolor. Existe una relación positiva entre falta de sueño y aumento del dolor; además, la falta de sueño atenúa los efectos analgésicos de los medicamentos (Okifuji y Hare, 2011). El dolor crónico y la depresión hace que aumente el riesgo de suicidio (Barkin *et alii*, 2011; Calandre *et alii*, 2011). El apoyo social y la autoeficacia familiar modera la relación entre problemas familiares y depresión en pacientes con FM (Libby y Glenwick, 2010), y el hecho de presentar un apoyo de su red social más cercana, al reducir la ansiedad y depresión; contribuye también a aliviar el dolor (Salgueiro *et alii*, 2009; Sánchez, Martínez, Miro y Medina, 2011). Las relaciones de pareja conflictivas e insatisfactorias son un factor psicosocial determinante de la FM (Kalichman, 2009), por lo que el apoyo de la pareja puede tener un efecto moderador en el malestar físico y control del dolor (Moral, González y Landero, 2011). La comunicación efectiva con la pareja hace que aumente la comprensión hacia los síntomas que manifiesta la pareja tanto de dolor como de fatiga (Lyons, Jones, Bennett, Hiatt y Sayer, 2013).

Las mujeres que padecen FM presentan un elevado nivel de ansiedad, depresión, pérdida de memoria y dolor muscular, que son superiores a los de aquellas mu-

jeros que solo padecen depresión (Montesó, 2009). En el estudio de Montesó *et alii* (Montesó, 2010), las mujeres con FM tienen una percepción muy baja de su salud. Mabel Burín (1996) y Emilce Dio Bleichmar (2000) han considerado los aspectos subjetivos y normativos de género como elementos subyacentes a la enfermedad mental, particularmente relacionados con la depresión. Los principales estudios de género desde la psicología y psiquiatría relacionan la mayor morbilidad psíquica de la mujer a la situación de sometimiento e inferioridad en que vive. Los roles de género producen mayor depresión en las mujeres y mayor número de síntomas orgánicos (Cova, 2005; González, 1999; García-Campayo y Lous, 2006). El tratamiento del dolor crónico es complejo, ya que las relaciones entre depresión y dolor son estrechas. Comparten vías neuronales y neurotransmisores a nivel del SNC, y sus alteraciones repercuten tanto en la esfera afectiva como en la sintomatología músculo-esquelética dolorosa (Martínez, 2005). El dolor no solo se relaciona con enfermedad física, sino también con fenómenos mentales, incluyendo depresión, ansiedad y somatización. Por ello es útil valorar al paciente de dolor crónico desde una perspectiva biopsicosocial (Català y Aliaga, 2003). A diferencia de los estados de dolor agudo y periférico, que responden a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y a los opiáceos, en el dolor crónico, donde el SNC desarrolla un papel importante y al que se ha aplicado diversas etiquetas (fibromialgia, colon irritable, somatización...), responden mejor a neuromoduladores del SNC, como serotonina-norepinefrina (IRSN) y anticonvulsivos (Phillips y Clauw, 2011). De todos modos, se recetan analgésicos, antiinflamatorios, psicofármacos y miorrelajantes; también tratamiento no farmacológico: terapias alternativas, balneoterapia, crioterapia, electroacupuntura, fototerapia, masoterapia, ejercicio..., y psicoterapia (Galindo, 2004). Las opciones de tratamiento de primera elección siguen siendo discutibles, y en las guías clínicas existe divergencia. Los anticonvulsivos (gabapentina, pregabalina) y los inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (duloxetina, milnacipina) son fuertemente recomendados en Canadá e Israel, y solo reciben una recomendación débil en Alemania (Ablin *et alii*, 2013).

La efectividad de la infiltración en FM es dudosa, aunque su práctica se realiza de manera habitual en las Unidades de Dolor Crónico. Hay algunos autores que consideran beneficiosa su utilización (Malo y Pérez, 1998; Castro, Batista-Neves y Castro-Silva, 2004; Giamberardino, Affaitati, Fabrizio y Constantini, 2011); otros afirman que la infiltración no mejora el dolor respecto al grupo placebo (Janzen y Scudds, 1997), y para Hong y Hsueh (1996) la infiltración reduce el número de *tender points* pero no el resto del dolor. Según Malo y Pérez (1998) solo los antidepressivos tricíclicos, la ciclobenzopina y las infiltraciones con anestésicos locales han sido efectivos en farmacología junto con un plan correcto psicológico y de rehabilitación. La Sociedad de Anestesiología de Canadá, entre las prácticas habituales de tratamiento de dolor

crónico, incluye, en un porcentaje elevado, la infiltración mediante inyección de los puntos gatillo (70 %), y en un porcentaje mucho más bajo, el tratamiento psicológico (28 %). Para Giamberardino, Affaitati, Fabrizio y Costantini (2011) la extinción local de los puntos gatillo en pacientes con FM provoca un alivio significativo del dolor en pacientes con FM. La infiltración con toxina botulínica del tipo A (BTX-A) mejoró el dolor y la funcionalidad de los músculos elevador de la escápula, pectoral menor, paraespinales y piriforme (Ko, Whitmore, Huang y McDonald, 2007).

El objetivo de la mayoría de terapias psicológicas no es abordar y eliminar directamente el dolor. Una de las características del dolor crónico es su resistencia a los procedimientos analgésicos convencionales. La intervención psicológica deberá centrarse en conseguir que el individuo acepte el trastorno crónico que padece y aprenda una serie de estrategias para reintegrarse en su vida normal a pesar del dolor. Referirnos al dolor crónico es referirnos a un conjunto de variables fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales implicadas en la percepción del dolor (Comeche y Vallejo, 1998). Hay varias técnicas psicológicas. Se pueden aprender sistemas para cambiar el pensamiento negativo, desviar la atención hacia actividades placenteras y desarrollar progresivamente la confianza en uno mismo y la ilusión. Al igual que todos los tratamientos, cuanto antes se empiece será más efectivo. El estudio de Williams *et alii* (2010) mejoró el dolor, la función física y la funcionalidad global después de realizar un programa de autocontrol en la web (WEB-SM) basado en terapia cognitivo-conductual.

La terapia de resolución de problemas (TRP) es una terapia no especializada, relativamente breve, fácil de aprender y, por tanto, factible de desarrollar en cualquier nivel sanitario en la atención a los pacientes y a sus familiares (Ferré, Rodero, Vives y Cid, 2008). Los resultados indican que los pacientes que siguen la TRP experimentan una clara mejoría tanto en los síntomas de depresión como en las manifestaciones de los síntomas típicos de ansiedad, tanto en la vertiente somática como psicológica (Conde, Ruiz y Carbona, 1996). Las psicoterapias de grupo, de pareja y de familia tienen como base las teorías de las relaciones interpersonales, pueden definirse psicodinámicamente de forma cognitivo-conductual, o basarse solo en dinámicas de grupo y de sistemas (López, López, Estela y Villamil, 2005). Los estudios sobre el coste-efectividad de la aplicación de la TRP realizados por el personal de enfermería en nuestro país han obtenido resultados muy satisfactorios en la reducción de ansiedad, depresión y aumento del bienestar percibido (Ferré *et alii*, 2012; Ferré *et alii*, 2014), y estos resultados coinciden con otros estudios a nivel internacional (Mynors-Wallis, Davies, Gray, Barbour y Gath, 1997). Por lo tanto, la TRP ha demostrado ser una herramienta útil en cualquier situación de estrés a la que se encuentra sometido el ser humano, aunque las más frecuentes son situaciones de enfermedad física o psicológica, situaciones donde existen pérdidas, reales o temidas, de relaciones interpersonales o estatus personal, y las situaciones en que las personas tienen que tomar una decisión importante. La TRP

ayudará a expresar de manera adecuada los sentimientos de ira, ya que la expresión de la ira sana puede mitigar los efectos de la FM (Van *et alii*, 2010).

La combinación de intervención farmacológica y no farmacológica es más efectiva (Hasset y Williams, 2011; Lee, Ellis Price y Baranowski, 2014; Albin *et alii*, 2013). Los programas interdisciplinarios de tratamiento conducen a mejoras en el dolor subjetivo (Hasset y Williams, 2011; Sarzi-Puttini *et alii*, 2011). Para Sarzi-Puttini *et alii* (2011), el ejercicio y la terapia cognitivo-conductual multimodal son las formas más aceptadas y beneficiosas del tratamiento no farmacológico. La Sociedad Británica del Dolor (BPS) pone énfasis en hacer frente a todos los aspectos de la sintomatología de la FM (física, psicológica, social y en las necesidades personales) sin definirse la modalidad concreta de tratamiento (Lee, Ellis, Price y Baranowski, 2014).

La siguiente investigación quiere comparar el grado de eficacia de tres tipos de terapias aplicadas a personas diagnosticadas de FM: la infiltración, que se realiza como práctica clínica habitual; la TRPG (terapia de resolución de problemas grupal), y las dos intervenciones conjuntas.

3. Material y método

Diseño del estudio

Ensayo clínico. La muestra del estudio se constituyó por personas diagnosticadas de FM (66) en el Área de Salud de la Gerencia Territorial Terres de l'Ebre que acudían a la consulta de Reumatología (30) y a asociaciones de FM (36). El estudio se inició en julio de 2012 y terminó en diciembre de 2013.

- Criterios de inclusión: Diagnóstico de fibromialgia + dolor predominantemente cervical sin patología lumbar. Los pacientes con patología lumbar no son incluidos porque la técnica de infiltración que se ha de realizar es más invasiva.
- Criterios de exclusión: Incapacidad grave que haga de la infiltración una indicación primera (hernia discal cervical o canal cervical estrecho), deterioro cognitivo y esperanza de vida menor de doce meses.

La intervención

Las personas con FM que cumplen los criterios de inclusión se asignan de manera aleatoria (según orden de lista) en cada uno de los siguientes grupos:

Grupo experimental 1	Grupo experimental 2	Grupo control
TRPG	Infiltración + TRPG	Infiltración

- ♦ **Grupo experimental 1.** TRPG. Las sesiones son conducidas por dos profesionales de enfermería formados en terapia de resolución de problemas (TRP). El programa de intervención consta de cuatro sesiones grupales de dos horas cada una durante tres semanas, y la última a los 21 días. Los grupos están constituidos por 8-10 personas. Los cuestionarios se cumplimentan al inicio y al finalizar las cuatro sesiones.
- ♦ **Variables/Dimensiones:**
 1. Principal problema identificado por las personas con fibromialgia en la actualidad. Este puede pertenecer tanto al ámbito físico, psicológico o social. Delimitación de este, cuándo ocurre, dónde ocurre, quién estaba involucrado en él.
 2. Soluciones generadas. Las soluciones pueden estar generadas por la propia persona que expone el problema, por los demás componentes del grupo o por las dos personas que conducen las sesiones. La persona que habla y que define el problema será la primera en generar soluciones. Hay que identificar en la actualidad cuál es el principal problema para cada uno, si no hubiera quedado bien definido en la fase anterior, y generar un mínimo de diez soluciones para cada problema entre todos.
 3. Puesta en marcha de la solución generada. La solución generada muchas veces no puede resolver completamente el problema. De lo que se trata es de que se incorpore una nueva manera de valorar las dificultades que aparecen en la vida de estas personas y de resolverlas de una manera más efectiva, de la misma manera que los sentimientos negativos derivados de estas vivencias, como la ira y la rabia.
 4. Evaluación de la efectividad de la TRPG. Evaluar el nivel de resolución de la solución elegida o, al menos, la disminución de la vivencia negativa respecto a ella. El objetivo más importante no es la resolución total de sus problemas, sino ver que casi todos los problemas tienen solución.
- ♦ **Grupo experimental 2.** Infiltración + TRPG. Intervención conjunta. Se realiza la infiltración con toxina botulínica y, posteriormente, son derivados al grupo de TRPG. Al finalizar la TRPG se administra el cuestionario posintervención.
- ♦ **Grupo control.** Infiltración. Intervención del anestesiólogo en la administración de la infiltración en las personas con fibromialgia. La infiltración se lleva a cabo en un quirófano del Hospital Virgen de la Cinta, con cita previamente concertada. A los dos meses se administran los cuestionarios posintervención. En la exploración aparecen los *puntos trigger* o puntos gatillo, que serán el lugar de infiltración. Esta se realiza con toxina botulínica.

Participantes y muestreo

Se realizó una asignación aleatoria de todos los pacientes que acudían a la consulta de Dolor Crónico.

Instrumentos de estudio

A. *Cuestionario de salud EuroQol-5D*. La puntuación global representa un índice obtenido como resultado de los diferentes apartados que la componen (dificultad en la movilidad, en el autocuidado, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión). Deben identificar una puntuación entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 10 (mejor estado de salud imaginable). Las variables se refieren al día que cumplimentan el cuestionario.

B. *Cuestionario de calidad del sueño (SCOPA)*. Mide la somnolencia nocturna (0 = sin problemas, 5 = algunos problemas, 10 = bastantes problemas, 15 = muchos problemas) y la somnolencia diurna (0 = sin problemas, 6 = algunos problemas, 12 = bastantes problemas, 18 = muchos problemas). Las variables se refieren al mes anterior de la cumplimentación del cuestionario.

C. *Pensamientos de suicidio. Escala Plutchick*. (Máximo = 15; Mínimo = 0; existe riesgo a partir de 6).

D. *Dolor (EVA)*. Deben identificar la intensidad del dolor en milímetros o centímetros, de 0 a 10 el último mes.

E. *Satisfacción con la infiltración*. La infiltración le ha disminuido el dolor: ¿cuánto? Dificultades para ir al lugar a infiltrarse. Satisfacción con las personas de quirófano. ¿Hay algún aspecto que no le haya gustado? ¿Volvería a hacerse la infiltración? Satisfacción de 0 a 10.

F. *Satisfacción con la TRPG*. ¿Cree que el número de sesiones ha sido suficiente?, ¿dónde le hubiera gustado realizar estas terapias?, ¿había realizado antes terapias como esta? Satisfacción con las personas que han conducido las sesiones, satisfacción con la dinámica de grupo que se ha establecido. En general, ¿está satisfecha? ¿Le gustaría repetir? Satisfacción de 0 a 10.

Cálculo del tamaño muestral

El tamaño muestral mínimo previsto es de 20 aproximadamente para el grupo experimental 1; de 20 para el grupo experimental 2, y de 20 para el grupo control, ya que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior a 0,2, en un contraste bilateral, son necesarios 20 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia igual o superior a 0,23 unidades. Se asume que la desviación estándar común es de 0,3. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10% (<<http://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>>).

4. Aspectos éticos

Se obtiene permiso del comité ético de investigación clínica del Hospital Universitario Juan XXIII con el CI 40p/2012. La información obtenida en el estudio se mantendrá en la más estricta confidencialidad y solamente se utilizará para los fines del estudio. Se respetará la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el fichero será oportunamente notificado a la Agencia Española de Protección de Datos. Se codificarán los cuestionarios para asegurar la confidencialidad y poder comparar resultados en las medidas repetidas. Antes de realizar cualquiera de las intervenciones se pedirá consentimiento informado; en caso de no darlo no podrá acceder al estudio. Se tendrá en cuenta el derecho a la privacidad de cada uno de los participantes. El acceso a la base de datos se realizará mediante un código de acceso personal o contraseña.

5. Análisis

Se realizó un análisis descriptivo del perfil de la muestra. Para la descripción de las variables cualitativas se calcularon las frecuencias y los porcentajes en cada una de sus categorías. Las variables cuantitativas mediante la media y desviación estándar. En el análisis bivalente entre una variable cualitativa y una cuantitativa la t-student para muestras relacionadas. Nivel de confianza del 95 %, y se considera que la diferencia es significativa cuando el grado de significación (p) es menor o igual a 0,05. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

6. Resultados

Datos sociodemográficos

El reclutamiento de los pacientes se realizó de octubre de 2012 a diciembre de 2013 en la consulta de Reumatología del Hospital Virgen de la Cinta y se amplió a tres asociaciones de fibromialgia de la zona.

La edad media es de $58,9 \pm 10,9$ años. El promedio de años desde el inicio de los síntomas hasta que les diagnosticaron la enfermedad es de $9,4 \pm 8,8$ años, y el promedio de años que conviven con el diagnóstico es de $10,5 \pm 6,6$ años. La satisfacción con el sistema sanitario obtiene una puntuación media de $6,2 \pm 3,6$, la satisfacción con la medicación farmacológica es de $5,1 \pm 2,7$, y la satisfacción con las terapias no farmacológicas es de $6,6 \pm 3,2$ (tabla 1).

Tabla 1. Variables clínicas

	\bar{X}	DE
Edad	58.9	10.9
Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico	9.4	8.8
Tiempo que convive con el diagnóstico	10.5	6.7
Satisfacción con el sistema sanitario	6.2	3.6
Satisfacción medicación	5.1	2.7
Satisfacción con el tratamiento no farmacológico	6.6	3.2

Más de la mitad tienen estudios primarios; secundarios, en un 34%, y ninguna tiene estudios universitarios. Están casados/as en un 71,2%, divorciados/as en un 10,6% y viudos/as en un 13,6%. El 58,5% tiene alguna persona a su cargo. El 45% recibe baja percepción de apoyo de la pareja. Están jubilados/as en un 34,4%, con una baja laboral o invalidez en un 22,3%, y un 16,4% se encuentran en situación de desempleo (tabla 2).

Tabla 2. Datos socio-demográficos de los participantes (n = 66)

	n	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	2	3.1
Mujer	64	96.9
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	3	4.6
Primarios	38	58.5
Secundarios	12	18.5
FP	10	15.4
Otros	2	3.1
<i>Estado civil</i>		
Soltero	3	4.5
Casado	47	71.2
Divorciado/a o Separado/a	7	10.6
Viudo/a	9	13.6
<i>Profesión</i>		
Ama de casa	23	34.8
Estudiante	1	1.5
Servicios	42	63.6

	n	%
<i>Situación laboral</i>		
Trabaja	6	9.8
Paro	11	16.4
Jubilado	23	34.4
Baja laboral	5	7.5
Invalidez	9	14.8
Otros	11	18.0
<i>Nº personas con las que convive</i>		
Ninguna	9	13.6
Una	19	28.8
Dos	17	25.8
Tres	12	18.2
Cuatro	6	9.1
Cinco	3	4.5
<i>Percepción apoyo pareja</i>		
No	9	13.6
Si	35	53.0
A veces	21	31.8
Ns/nc	1	1.5
<i>Nº personas a cargo</i>		
Ninguna	27	41.5
Una	16	24.6
Dos	9	13.8
Tres	7	10.8
Cuatro	2	3.1
Cinco	4	6.2
<i>Edad personas dependientes</i>		
1-16 años	7	13.6
13-61 años	0	53.0
31-59 años	4	31.8
≥ 59 años	9	1.5

Un 30,3 % toma opiáceos, un 83,3 % AINE, infiltración anterior en un 31,8 %, antidepresivos en un 74,2 %, ansiolíticos en un 56,1 %, otra medicación en un 66,7 % (tramadol, lyrica, relajantes musculares, hipnóticos, gabapentina, antidepresivos tricíclicos, ácido hialurónico) (tabla 3).

En cuanto a terapias no farmacológicas, un 12 % utiliza la fitoterapia, psicoterapia el 19,7 %, terapia grupal el 21,2 %, yoga el 13,6 %, musicoterapia en un 1,5 %, yoga el 13,6 %, y un 39 % otros (acupuntura, terapia calor-frío, tai-chi, caminar, bailar, relajación) (tabla 3).

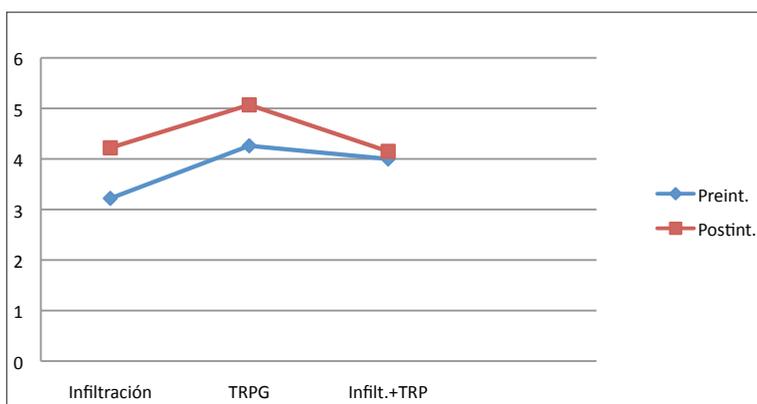
Tabla 3. Tratamientos seguidos hasta la actualidad

	n	%
<i>Medicación oral</i>		
Opiacis	20	30.3
AINEs	21	31.8
Antidepresivos	49	74.2
Ansiolíticos	37	56.1
Infiltración	49	74.2
Otros	44	66.7
<i>Terapias no farmacológicas</i>		
Fitoterapia	8	12
Psicoterapia	13	9
Yoga	9	13.6
Terapia de grupo	14	21.2
Musicoterapia	1	1.5
Otros	26	39.4

Variables pre- y posintervención

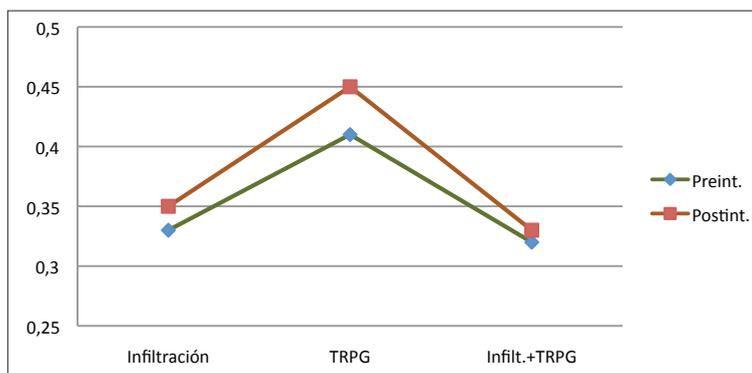
El estado de salud general percibido (de 0 a 10) es bajo $3,8 \pm 1,7$; después de las intervenciones mejora a $4,5 \pm 2,0$. El grupo de infiltración y el de TRPG mejora el estado de salud ($P = 0,016$ y $P = 0,001$, respectivamente) (tabla 4) (gráfico 1).

Gráfico 1. Puntuación media escala percepción estado de salud en Grupo 1 (TRPG), Grupo 2 (Infiltración + TRPG) y Grupo Control (Infiltración)



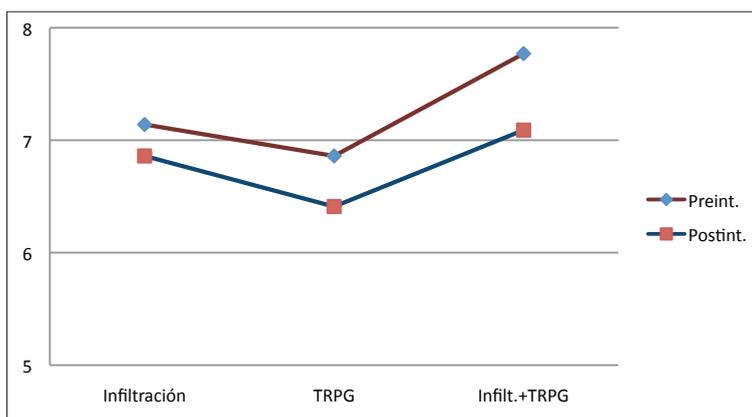
El índice del estado de salud también mejora después de la intervención en los tres grupos, aunque no alcanza a tener significación estadística (tabla 4) (gráfico 2).

Gráfico 2. Puntuación media índice estado de salud en Grupo 1 (TRPG), Grupo 2 (Infiltración + TRPG) y Grupo Control (Infiltración)



El riesgo suicida general (≥ 6) es elevado $7,3 \pm 3,0$, y después de las intervenciones disminuye a $6,8 \pm 3,0$. Disminuye significativamente en el grupo infiltración + TRPG ($P = 0,049$) (tabla 4) (gráfico 3).

Gráfico 3. Puntuación media índice escala de suicidio (Plutchick) en Grupo 1 (TRPG), Grupo 2 (Infiltración + TRPG) y Grupo Control (Infiltración)



La alteración del sueño nocturno de los tres grupos es elevada antes del tratamiento: $8,9 \pm 4,7$, y disminuye tras el tratamiento a $8,3 \pm 4,6$.

La alteración del sueño diurno de los tres grupos es baja tanto pre- como posintervención (tabla 4).

Tabla 4. Contraste de medias postintervención

	Global	Infiltración	Terapia+ Infiltración	Terapia
<i>Estado de salud</i>				
Pre (X±DS)	3.85±1.71	3.22±1.54	4.00±1.86	4.34±1.61
Post (X±DS)	4.47±2.03	4.22±1.73	4.15±2.43	5.07±1.82
P value ^a		0.016		0.001
<i>Índice estat salud</i>				
Pre (X±DS)	0.35±0.18	0.33±0.20	0.32 ±0.17	0.41±0.17
Post (X±DS)	0.38±0.20	0.35±0.21	0.33 ±0.18	0.45±0.19
<i>Dolor</i>				
Pre (X±DS)	7.39±2.00	8.29±1.67	7.35±2.14	6.54±1.85
Post (X±DS)	7.58±2.05	7.84±1.83	8.13±2.14	6.78±2.01
<i>Suicidio</i>				
Pre (X±DS)	7.26±3.05	7.14±2.80	7.77±3.23	6.86±3.16
Post (X±DS)	6.79 ±3.00	6.86±2.74	7.09±3.27	6.41±3.06
P value ^a			0.049	
<i>Somnolencia diurna</i>				
Pre (X±DS)	3.33±3.50	3.50±3.60	3.73±3.19	2.77±3.77
Post (X±DS)	3.52±3.67	3.73±3.66	4.18±4.77	2.64±3.01
<i>Somnolencia nocturna</i>				
Pre (X±DS)	8.95±4.69	9.77±4.32	7.82±4.11	7.95±1.85
Post (X±DS)	8.30±4.61	8.68±5.40	7.35±2.14	6.78±2.01

La infiltración disminuye el dolor en un 31,8%, la terapia en un 13,6%, y la infiltración + TRPG en un 22,6 % (tabla 5).

La terapia mejora la ansiedad/depresión en un 45 %, la infiltración en un 36,3 % y la infiltración + TRPG en un 36,3 % (tabla 5).

Tabla 5. Efecto del tratamiento administrado para el dolor y la ansietat/depresión

	Mejora (%)	Igual (%)	Empeora (%)	Total N (%)
<i>Dolor</i>				
Infiltración	7 (31.8)	11 (50.0)	4 (18.2)	22 (100)
Terapia	3 (13.6)	17 (77.3)	2 (9.1)	22 (100)
Terapia+Infiltración	5 (22.7)	13 (59.1)	4 (18.2)	22 (100)
<i>Ansiedad/Depresión</i>				
Infiltración	8 (36.4)	8 (36.4)	6 (27.2)	22 (100)
Terapia	10 (45.0)	10 (45.0)	2 (9.1)	22 (100)
Terapia+Infiltración	8 (36.4)	12 (54.5)	2 (9.1)	22 (100)

7. Discusión

El estado de salud en el grupo al que se aplica infiltración y TRPG mejora después de la intervención de manera significativa.

El índice del estado de salud obtenido después de cuantificar las diferentes variables que lo componen, que son las dificultades que tienen para caminar, para efectuar el autocuidado (vestirse o lavarse), para realizar las actividades cotidianas (trabajar, estudiar, hacer las tareas de la casa, actividades familiares o de tiempo libre), la percepción del dolor/malestar y la percepción de la ansiedad/depresión, aumenta después de realizar las diferentes intervenciones, pero no alcanza a tener significación estadística.

Los pensamientos de suicidio disminuyen en el grupo que recibe infiltración + TRPG, hecho que indica que la realización de la terapia grupal junto con la eliminación de dolor son tratamientos efectivos para eliminar los pensamientos suicidas.

Aunque la infiltración disminuye el dolor y la depresión en un 30 %, la TRPG solo disminuye el dolor en un 13,6 %; en cambio, la TRPG disminuye la depresión en un 45 %. El grupo que recibe infiltración + TRPG disminuye el dolor en un 22,7 %, y la depresión/ansiedad, en un 36,3 % (tabla 5).

La disminución del dolor por medio de la TRPG en nuestro grupo es baja (13,6 %), el tema de mejora en la percepción del dolor en los pacientes con FM tras una intervención de tipo conductual es bastante polémico, y los resultados en la literatura son contradictorios. En algunos estudios aparece una leve disminución de dolor sin significación estadística (Rivera *et alii*, 2004; Comeche y Vallejo, 1998); en otras sí se encuentra una disminución del dolor después de seguir una terapia cognitivo-conductual (Ljótsson *et alii*, 2013; Sarzi-Puttini *et alii*, 2011; Hassett y Williams, 2011; Nüesch, Häuser, Bernardy, Barth y Jüni, 2013; Luciano *et alii*, 2013); en un programa de educación sanitaria, compuesto de cuatro sesiones de una hora efectuado en Atención Primaria a 65 personas con FM, mejoró el dolor de manera significativa (Bosch, Sáenz, Valls y Viñolas, 2003).

El hecho de que la infiltración disminuya en el mismo porcentaje tanto la depresión (30 %) como el dolor (36,3 %) estaría de acuerdo con la hipótesis de que una mejora de la ansiedad llevaría aparejada una significativa reducción del dolor (Pérez-Pareja *et alii*, 2004). La influencia bidireccional entre dolor y depresión también es afirmada por Kroenke (Kroenke *et alii*, 2011), para quien un cambio en la gravedad, tanto de la depresión como del dolor, predice la gravedad del otro. Goesling (Goesling, Clauw y Hassett, 2013) afirma que depresión y dolor tienen mecanismos neurobiológicos comunes. Estos resultados contradictorios sin duda contribuyen a que, como se ha señalado más arriba, en este tipo de intervenciones no suela plantearse como meta abordar y eliminar directamente el dolor, sino mejorar y controlar los síntomas de la fibromialgia y aprender a vivir mejor a pesar de ellos.

La realización conjunta de las dos terapias no mejora el nivel de dolor ni depresión alcanzado por las terapias que mejoran cada uno por separado, hecho que puede deberse a que los efectos secundarios de la medicación administrada hayan recaído mayoritariamente en este grupo.

8. Limitaciones y recomendaciones

- ♦ Dificultad para que las personas acudieran al menos a tres sesiones, que fue lo mínimo establecido, debido a las alteraciones de salud que presentaban, como bronquitis, procesos catarrales, asma, intervenciones quirúrgicas, alteraciones gastrointestinales... Las pérdidas se repusieron todas.
- ♦ Escaso tamaño de la muestra, hecho que puede perjudicar a algunas variables para alcanzar la significación estadística.
- ♦ El grupo de infiltración + TRPG no obtuvo la mejoría esperada, probablemente debido a que se dieron, en el grupo estudiado, algunas reacciones secundarias debidas a la administración de bótox a nivel cervical, como inestabilidad y sensación de mareo, que no se observaron en los otros grupos. Pensamos que este aspecto puede haber influido en los resultados.

9. Conclusiones

Los resultados permiten concluir lo siguiente:

- ♦ La infiltración y TRPG mejoran significativamente la percepción de la salud de los pacientes con fibromialgia. La TRPG, junto con la infiltración, mejora los pensamientos de suicidio. Este último aspecto es importante debido a la baja percepción que estas personas tienen de su propia salud y al alto índice de pensamientos de suicidio que aparecen a lo largo de su trayectoria vital, lo que mejora su calidad de vida.
- ♦ La TRPG disminuye los síntomas de ansiedad y depresión de las personas con FM; en cambio, en nuestro estudio no reduce el dolor de manera significativa.
- ♦ Los resultados relativos al grupo al que solo se le administraba la infiltración muestran una disminución del dolor, superior a los otros dos grupos. Por lo que, en nuestro estudio, la infiltración es la técnica que se muestra más efectiva en el control del dolor; también reduce la ansiedad/depresión y aumenta la percepción positiva de la salud, pero no reduce los pensamientos de suicidio.

- Siguiendo la línea de investigación planteada, sería necesario realizar estudios con una muestra más amplia y prolongada en el tiempo, ya que en sintonía con otros autores, se ha constatado la complejidad de reducir el dolor crónico y, a la vez, aumentar la calidad de vida de las personas con fibromialgia.

Contribución de los autores

PMC diseñó el ensayo clínico y coordinó el proyecto.

PMC, MGM, MLP fueron las responsables del seguimiento y evaluación.

MLP, MLM, SRG, LSC, MTC, PMC realizaron la TRPG.

MCG, SFA, ASH realizaron la técnica infiltrativa.

MTS, ML realizaron el análisis estadístico.

MLP, MLM, SRG, LSC, MTC, PMC, MCG, SFA, ASH realizaron la implementación de cuestionarios.

CFG realizó la formación en TRPG, la revisión de los resultados finales y el asesoramiento.

Agradecimientos

A las personas que participaron en el estudio, al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, al servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Cinta y a las Asociaciones de Fibromialgia de les Terres de l'Ebre que participaron en el estudio.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de interés.

Fuente de financiación

Beca concedida por la URV-Banco de Santander, 2012LINE-01, con fecha de inicio 01/07/2012 y fecha final: 31/12/2013. Código: 004098.

10. Referencias

- ABLIN, J.; FITZCHARLES, M.-A.; BUSKILA, D.; SHIR, Y.; SOMMER, C.; HÄUSER, W. (2013). «Treatment of Fibromyalgia Syndrome: Recommendations of Recent Evidence-Based Interdisciplinary Guidelines with Special Emphasis on Complementary and Alternative Therapies.» *Evid Based Complement Alternat Med* 485272.
- AGUGLIA, A.; SALVI, V.; MAINA, G.; ROSSETTO, I.; AGUGLIA, E. (2011). «Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates.» *J Affect Disord* 128, 262-6.
- BARKIN, R.L.; BARKIN, S.J.; IRVING, G.A.; GORDON, A. (2011). «Management of chronic noncancer pain in depressed patients.» *Postgrad Med* 123,143-54.
- BOSCH, E.; SÁENZ, N.; VALLS, M.; VIÑOLAS, S. (2003). «Study of quality of life of patients with fibromyalgia: impact of a health education programme.» *Atención Primaria* 31.
- BURÍN, M. (1996). «Género y psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables.» En *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Ed. BURÍN M. y Dio BLEICHMAR E. Paidós, Buenos Aires.
- CALANDRE, E.P.; VILCHEZ, J.S.; MOLINA-BAREA, R.; TOVAR, M.I.; GARCÍA-LEIVA, J.M.; HIDALGO, J. et alii (2011). «Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: A survey in Spanish patients.» *Rheumatology* 50, 1889-93.
- CARO, X.J.; WINTER, E.F. (2011). «EEG biofeedback treatment improves certain attention and somatic symptoms in fibromyalgia: A pilot study.» *Appl Psychophysiol Biofeedback* 36, 193-200.
- CASTRO, M.M.C.; BATISTA-NEVES, S.; CASTRO-SILVA, S.; QUARANTINI, L.; DALTRO, C.; KRAYCHETTE, D.; MIRANDA-SCIPPA, Â. (2004). «Anxiety and depressive symptoms in patients from the pain center of the university hospital of Bahia, Brazil.» *Jornal Brasileiro De Psiquiatria* 53, 219-222.
- CATALÀ, E.; ALIAGA, L. (2003). *Manual del tratamiento del dolor*. Permanyer, Barcelona.
- COBANKARA, V.; UNAL, U.O.; KAYA, A.; BOZKURT, A.I.; OZTURK, M.A. (2011). «The prevalence of fibromyalgia among textile workers in the city of Denizli in Turkey.» *Int J Rheum Dis* 4, 390-394.
- COMECHÉ, M.I.; VALLEJO, M.A. (1998). «Dolor crónico.» En *Manual de terapia de conducta*. Ed. Vallejo MA. Dykinson, Madrid.
- CONDE, C.; RUIZ, M.; CARBONA, G. (1996). «Una experiencia grupal con técnicas cognitivo-conductuales en un equipo de salud mental.» *Psiquiatría pública* 8, 305-308.
- COVA, F. (2005). «Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos.» *Terapia Psicológica* 23.

- DIO, E. (2000). *La depresión en la mujer*. Temas de Hoy, Madrid.
- FERRÉ-GRAU, C.; SEVILLA-CASADO, M.; LLEIXÀ-FORTUÑO, M.; APARICIO-CASALS, R.M.; CID-BUERA, D.; RODERO-SÁNCHEZ, V.; VIVES-RELATS, C. (2014). «Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain).» *J Clin Nursing* 23, 288-95.
- FERRÉ-GRAU, C.; SEVILLA-CASADO, M.; BOQUÉ-CAVALLÉ, M.; APARICIO-CASALS, M.R.; VALDIVIESO-LÓPEZ, A.; LLEIXÀ-FORTUÑO, M. (2012). «Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares.» *Revista de Atención Primaria* 44, 695-701.
- FERRÉ, C.; RODERO, V.; VIVES, C.; CID, D. (2008). *El mundo del cuidador familiar*. Silva Editorial, Tarragona.
- GALINDO, C. (2004). «Fibromialgia.» *Dolor* 19, 171-187.
- GARCÍA-CAMPAYO, J.; LOU, S. (2006). «Trastornos afectivos y género.» *Claves en Salud Mental* 6,1-6.
- GARCÍA CAMPAYO, J.; ALDA, M. (2004). «La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo.» *Arch Psiquiatr* 67, 157-168.
- GIAMBERARDINO, M.A.; AFFAITATI, G.; FABRIZIO, A.; COSTANTINI, R. (2011). «Effects of treatment of myofascial trigger points on the pain of fibromyalgia.» *Curr Pain Headache Rep* 15, 393-9.
- GOESLING, J.; CLAUW, D.J.; HASSETT, A.L. (2013). «Pain and depression: an integrative review of neurobiological and psychological factors.» *Current Psychiatry Reports* 15, 421.
- GONZÁLEZ DURO, E. (1999). «Diferencias de género en salud mental.» *Psiquis* 20, 9-16.
- HASSETT, A.L.; WILLIAMS, D.A. (2011). «Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain.» *Best Pract Res Clin Rheumatol* 5, 299-309.
- HÄUSER, W.; GALEK, A.; ERBSLÖH-MÖLLER, B.; KÖLLNER, V.; KÜHN-BECKER, H.; LANGHORST, J. et alii (2013). «Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome.» *Pain* 154, 1216-23.
- HONG, C-Z.; HSUEH, T-C. (1996). «Difference in pain relief after trigger point injections in myofascial pain patients with and without fibromyalgia.» *Arch Phys Med Rehabil* 77, 1161-1166.
- JANZEN, V.D.; SCUDDS, R. (1997). «Sphenopalatine blocks in the treatment of pain in fibromyalgia and myofascial pain syndrome.» *Laryngoscope* 107, 1420-2.

- KALICHMAN, L. (2009). «Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women.» *Clin Rheumatol* 8, 365-9.
- KO, G.; WHITMORE, S.; HUANG, D.; McDONALD, R. (2007). «Effective Pain Palliation in Fibromyalgia Syndrome Patients with Botulinum Toxin Type-A: Case Series of 25.» *J Musculoskelet Pain* 15, 55-66.
- KROENKE, K.; WU, J.; BAIR, M.J.; KREBS, E.E.; DAMUSH, T.M.; TU, W. (2011). «Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care.» *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society* 12, 964-73.
- LACHAINE, J.; BEAUCHEMIN, C.; LANDRY, P.A. (2010). «Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome.» *Clin J Pain* 26, 284-90.
- LIBBY, C.J.; GLENWICK, D.S. (2010). «Protective and exacerbating factors in children and adolescents with fibromyalgia.» *Rehabil Psychol* 55, 151-8.
- LEE, J.; ELLIS, B.; PRICE, C.; BARANOWSKI, A.P. (2014). «Chronic widespread pain, including fibromyalgia: a pathway for care developed by the British Pain Society.» *Br J* 112, 16-24.
- LJÓTSSON, B.; ATTERLÖF, E.; LAGERLÖF, M.; ANDERSSON, E.; JERNELÖV, S.; HEDMAN, E.; WICKSELL, R.K. (2013). «Internet-Delivered Acceptance and Values-Based Exposure Treatment for Fibromyalgia: A Pilot Study.» *Cognitive Behaviour Therapy* 1.
- LÓPEZ, J.; LÓPEZ, M.A.; ESTELA, B.; VILLAMIL, V. (2005). «Estudio de doble ciego con antidepresivos, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada.» *Salud mental* 27.
- LUCIANO, J.V.; GUALLAR, J.A.; AGUADO, J.; LÓPEZ-DEL-HOYO, Y.; OLIVAN, B.; MAGALLÓN, R.; ALDA, M.; SERRANO-BLANCO, A. (2013). «Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia: A 6-month Randomised Controlled Trial (EFFIGACT study).» *Pain* IN PRESS.
- LYONS, K.S.; JONES, K.D.; BENNETT, R.M.; HIATT, S.O.; SAYER, A.G. (2013). «Couple perceptions of fibromyalgia symptoms: the role of communication.» *Pain* 154, 2417-26.
- MALO, J.M.C.; PÉREZ, M.I.F. (1998). «Treatment of fibromyalgia in the pain clinic.» *Dolor* 13, 116-22.
- MARTÍNEZ, F. (2005). «Dolor somatomorfo vs. fibromialgia. ¿Galgos o podencos?» *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* 73, 24-31.
- MONTESÓ CURTO, M.P.; FERRÉ I GRAU, C.; MARTÍNEZ QUINTANA, V. (2010). Fibromyalgia: beyond the depression. *Rev Enferm* 3, 20-6.
- MONTESÓ, P. (2010). «La fibromialgia. Más allá de la depresión.» *Rol de enfermería* 33, 580-586.

- MONTESÓ, P. (2009). «Salud mental y género. Causas y consecuencias de depresión en las mujeres.» *PhD thesis*. UNED University, Sociology III Department.
- MORAL, J.; GONZÁLEZ, M.T.; LANDERO, R. (2011). «Evaluación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fibromialgia.» *Ciencia UANL* 14, 153-161.
- MYNORS-WALLIS, L.; DAVIES, I.; GRAY, A.; BARBOUR, F.; GATH, D. (1997). «A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care.» *Br J Psychiatry* 170, 113-119.
- NÜESCH, E.; HÄUSER, W.; BERNARDY, K.; BARTH, J.; JÜNI, P. (2013). «Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis.» *Annals of the Rheumatic Diseases* 72, 955-62.
- OKIFUJI, A.; HARE, B.D. (2011). «Do sleep disorders contribute to pain sensitivity? Curr.» *Rheumatol Rep* 13, 528-34.
- PÉREZ-PAREJA, J.; BORRÁS, C.; PALMER, A.; SESÉ, A.; MOLINA, F.; GONZALVO, J. (2004). «Anxiety and depression are some of the most frequent symptoms that the diagnosed patients of fibromyalgia suffer.» *Psicothema* 16, 415-20.
- PHILLIPS, K.; CLAUW, D.J. (2011). «Central pain mechanisms in chronic pain states: Maybe it is all in their head.» *Best Pract Res Clin Rheumatol* 5, 141-54.
- RIVERA, J.; MORATALLA, C.; VALDEPEÑAS, F.; GARCÍA, Y.; OSÉS, J.J.; RUIZ, J.; GONZÁLEZ, T.; CARMONA, L.; VALLEJO, M.A. (2004). «Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach.» *Arthritis and Rheumatism* 51, 184-192.
- SALGUEIRO, M.; BUESA, I.; AIRA, Z.; MONTOYA, P.; BILBAO, J.; AZKUE, J.J. (2009). «Evaluation of clinical and social factors in fibromyalgia syndrome.» *Rev la Soc Esp del Dolor* 16, 323-329.
- SÁNCHEZ, A.I.; PILAR MARTÍNEZ, M.; MIRÓ, E.; MEDINA, A. (2011). «Predictors of the pain perception and self-efficacy for pain control in patients with fibromyalgia.» *Span J Psychol* 4, 366-73.
- SARZI-PUTTINI, P.; ATZENI, F.; SALAFFI, F.; CAZZOLA, M.; BENUCCI, M.; MEASE, P.J. (2011). «Multidisciplinary approach to fibromyalgia: What is the teaching?» *Best Pract Res Clin Rheumatol* 25, 311-9.
- SHIPLEY, M. (2010). «Chronic widespread pain and fibromyalgia syndrome.» *Medicine* 38, 202-4.
- VALLS, C. (2005) *El estado de la investigación en género y salud. Informe de Salud y género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud.

- VAN MIDDENDORP, H.; LUMLEY, M.A.; MOERBEEK, M.; JACOBS, J.W.G.; BIJLSMA, J.W.J.; GEENEN, R. (2010). «Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study.» *Eur J Pain* 14, 176-82.
- WILLIAMS, D.A.; KUPER, D.; SEGAR, M.; MOHAN, N.; SHETH, M.; CLAUW, D.J. (2010). «Internet-enhanced management of fibromyalgia: a randomized controlled trial.» *Pain* 151, 694-702.
- WINKELMANN, A.; PERROT, S.; SCHAEFER, C.; RYAN, K.; CHANDRAN, A.; SADOSKY, A. et alii (2011). «Impact of fibromyalgia severity on health economic costs: Results from a European cross-sectional study.» *Appl Health Econ Health Policy* 9, 125-36.

Relación de ayuda o *counselling* en la interacción social y vida cotidiana de las personas con fibromialgia en un área rural de Cataluña (España)

*Pilar Montesó-Curto, Maria Luisa Panisello Chavarria, Sara Romaguera Genís,
Maria Luisa Mateu Gil, Montserrat García Martínez,
Maria Teresa Cubí Guillén, Lidia Sarrió Colás, Carme Ferré-Grau*

Facultad de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili

1. Resumen

Introducción. Las intervenciones que facilitan la mejora del dolor de manera duradera y la mejora del estado funcional dentro de los enfoques no farmacológicos son aquellas dirigidas al cambio de actividades y de las creencias que afectan a la enfermedad, así como al apoyo de la familia.

Objetivos. Detectar los principales problemas que identifican las personas diagnosticadas de fibromialgia (FM) y ayudar a su resolución mediante la técnica de resolución de problemas grupal (TRPG).

Material y método. El estudio incorpora a 44 personas diagnosticadas de FM (43 mujeres y 1 hombre), a partir de 6 grupos de TRPG conducidos por profesionales de enfermería. Diseño: análisis cualitativo mediante análisis fenomenológico del discurso de las personas con FM.

Resultados. Los problemas principales manifestados son el dolor, la sobrecarga física y emocional, el sentimiento de agobio y rabia, las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, los problemas de memoria, la dificultad para la movilidad,

las alergias, la soledad e incomprensión, la ansiedad, la depresión, la poca ayuda de la pareja, el maltrato.

Conclusión. Muchos de los problemas actuales se remontan al pasado y se relacionan con el inicio de la FM. Las soluciones aportadas son aceptadas positivamente por el grupo.

Importancia para la práctica clínica. Estos hallazgos servirán de ayuda para mejorar el autocuidado de las personas con FM cambiando las conductas inadaptadas e incorporando el enfoque de género. Serán relevantes para el diseño e implementación de intervenciones en la práctica comunitaria de enfermería tanto a nivel nacional como internacional.

Palabras clave: Fibromialgia, relación de ayuda, interacción social, vida cotidiana, terapia de resolución de problemas.

2. Introducción

La palabra *fibromialgia* (FM) significa 'dolor en los músculos, ligamentos y tendones, las partes fibrosas del cuerpo'. La FM es un estado doloroso no articular que afecta predominantemente a los músculos; sus características principales fueron enunciadas como dolor generalizado y una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos como *tender points* o *puntos gatillo* (Galindo, 2004). Un 90 % de los diagnosticados son mujeres. La edad de inicio más frecuente es entre los 30-60 años, aunque puede empezar en todas las edades, incluyendo la adolescencia y la vejez. Se presenta en un 2-4 % de la población (Sumpton y Moulin, 2014) pathophysiology, and neuropharmacology. Pain is the predominant symptom and allodynia and hyperalgesia are common signs. Extreme fatigue, impaired cognition and nonrestorative sleep difficulties coexist in addition to other somatic symptoms. Research including neuroimaging investigations shows abnormalities in neurotransmitters and an abnormal response to pain. Altered pain processing peripherally and centrally contribute to central sensitization and a dampened effect of the diffuse noxious inhibitory control (DNIC).

Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad y a que con frecuencia estos pacientes pasan largas temporadas de baja laboral, el coste económico de la misma es elevado, lo que la convierte en un problema sociosanitario cada vez más importante (García-Campayo y Alda, 2004:157-168); impone una carga económica importante para la sociedad (Lachaine *et alii*, 2010, Winkelman *et alii*, 2011) y alcanza, según este último, un 75 % de los costes indirectos de la pérdida de productividad.

Por todas estas dificultades que sufren las mujeres con FM y por la baja calidad de vida que presentan, creemos que les será de utilidad iniciar un programa de tratamiento grupal con técnicas cognitivo-conductuales, concretamente con la técnica de

resolución de problemas grupal (TRPG), que integren la identificación de problemas y su resolución, y técnicas para aumentar la asertividad, la autoestima y eliminar los pensamientos negativos.

El objetivo de la mayoría de terapias psicológicas no es abordar y eliminar directamente el dolor. Una de las características del dolor crónico es su resistencia a los procedimientos analgésicos convencionales. La intervención psicológica deberá centrarse en conseguir que el individuo acepte el trastorno crónico que padece y aprenda una serie de estrategias para reintegrarse en su vida normal a pesar del dolor. Referirnos al dolor crónico es referirnos a un conjunto de variables fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales implicadas en la percepción del dolor (Comeche, 1998). Hay varias técnicas psicológicas adecuadas. Se pueden aprender sistemas para cambiar el pensamiento negativo, desviar la atención hacia actividades placenteras y desarrollar progresivamente la confianza en uno mismo y la ilusión. Al igual que todos los tratamientos, cuanto antes se empiece será más efectivo.

Los resultados indican que los pacientes que siguen la TRPG experimentan una clara mejoría tanto en los síntomas de depresión como en las manifestaciones de los síntomas típicos de ansiedad, ya sea en la vertiente somática o la psicológica (Conde *et alii*, 1996). La TRPG es una terapia no especializada, relativamente breve, fácil de aprender y, por tanto, factible de desarrollar en cualquier nivel sanitario en la atención a los pacientes y a sus familiares (Ferré *et alii*, 2008). Zurilla y Goldfried en 1971 diseñaron una estrategia de solución de problemas TRPG estructurada en varios pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier situación o problema, y definían el problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz (Ferré *et alii*, 2008).

Los estudios sobre TRPG impartidos por el personal de enfermería han obtenido resultados muy satisfactorios para la depresión (Mynors-Wallis, 1995; Vázquez González, 2002; Bell y D'Zurilla, 2009; Ferré *et alii*, 2014). La TRPG ha demostrado ser una herramienta útil en cualquier situación de estrés a la que se encuentra sometido el ser humano, aunque las más frecuentes son situaciones de enfermedad física o psicológica, situaciones donde existen pérdidas, reales o temidas, de relaciones interpersonales o estatus personal, y las situaciones en que las personas tienen que tomar una decisión importante.

Se observa en pacientes con FM una elevada ansiedad y depresión (Shipley, 2010; Pérez-Pareja, *et alii*, 2004; Aguglia, 2011; Barkin, 2011; Caro y Winter, 2011), malestar (Valls, 2007), sobrecarga familiar-laboral importante, violencia de género elevada, bajo apoyo familiar, dificultades importantes en la infancia (Montesó, 2010). Por tanto, será importante aumentar las habilidades de afrontamiento ante estas situaciones (Comeche, 1998). La TRPG ayudará a expresar de manera adecuada los sentimientos de ira, ya que la expresión de la ira sana puede mitigar los efectos de la FM (Van Middendorp, 2010).

3. Objetivos

Detectar los principales problemas que identifican los pacientes en la actualidad o antiguos motivos de preocupación, y ayudar a su resolución mediante la técnica de la TRPG. Este estudio forma parte del proyecto de investigación más amplio titulado *Percepción del malestar y dificultades psicosociales en las personas diagnosticadas de fibromialgia con dolor cervical predominante*, con inicio el 1 de julio de 2012 y finalización el 31 de diciembre de 2013, y en el que colaboran la Unidad del Dolor del Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa y la Facultad de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili del Campus Terres de l'Ebre, que es también un ensayo clínico con registro: clinical trials.gov. NCT02078791, del que todavía no se dispone de resultados cuantitativos.

4. Material y método

Análisis cualitativo mediante análisis fenomenológico del discurso de las mujeres con FM. Se analizan las dificultades o problemas percibidos por las personas con fibromialgia a partir de seis grupos de discusión con un total de 44 pacientes (43 mujeres y 1 hombre). En los grupos de discusión implementamos la TRPG, que incluye cuatro sesiones para cada grupo.

Las personas se asignan a los seis grupos de manera aleatoria, ya que el estudio general del que forma parte es un ensayo clínico. Estos grupos son conducidos por personal de la Facultad de Enfermería por dos personas. La TRPG está compuesta por cuatro sesiones de dos horas cada una. Las tres primeras sesiones se realizan con una semana de intervalo, y la cuarta, después de un mes de la tercera. El análisis de la información para la elaboración de este trabajo se realiza de manera global, analizando conjuntamente los seis grupos de discusión.

Variables/Dimensiones:

1. Principal problema identificado por las personas con fibromialgia en la actualidad. Este puede pertenecer tanto al ámbito físico, psicológico o social.
2. Soluciones generadas. Las soluciones pueden estar generadas por la propia persona que expone el problema, por los demás componentes del grupo o por las dos personas que conducen las sesiones. Se trata de que las personas adquieran más recursos interpersonales para afrontar estos problemas.
3. Puesta en marcha de la solución generada. La solución generada muchas veces no puede resolver completamente el problema.
4. Evaluación de la efectividad de la TRP.

Los datos son registrados por una de las dos personas que conducen el grupo; algunas de las 24 sesiones que lo componen han sido grabadas previo consentimiento.

Se realiza un análisis fenomenológico del discurso de las personas desde una perspectiva socioantropológica cercana al interaccionismo simbólico de Blumer (1999), junto con el análisis de las fuentes secundarias. La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar, no alterar la originalidad de los fenómenos (Husserl, 1992). Es importante analizar las rutinas cotidianas de las personas con sus casi constantes interacciones con los demás, ya que conforman lo que hacemos. Nuestra vida está organizada en torno a la repetición de comportamientos día a día. El estudio del comportamiento cotidiano en situaciones de interacción cara a cara suele denominarse *microsociología*, mientras que la *macrosociología* es el análisis de las estructuras sociales de gran tamaño, como el sistema político o el orden económico (Giddens, 2000).

Las ideas principales del interaccionismo simbólico se forjaron en Chicago en la década de 1920, con la idea clave de la interpretación subjetiva de la situación. Es el significado humanamente elaborado y, por lo tanto, ambiguo e inesperado lo que constituye su principal interés. Los humanos habitan mundos duales, materiales y simbólicos; sus interacciones se basan en las manifestaciones de las personalidades, a través de las cuales son capaces de reflexionar sobre sí mismos, de comunicarse y de ponerse en el lugar de otros; el significado ha de ser elaborado de común acuerdo y, aunque aceptado provisionalmente, está en flujo permanente y nunca permanece fijo; las vidas y, por supuesto, el orden social, están siempre abiertos y son siempre negociables (Plummer 1999).

Este significado de las dificultades experimentadas por las personas será elaborado mediante el *grupo de discusión*, definido como una 'confesión colectiva' que deja inmediatamente de serlo, o de parecerlo, ya que el sujeto del enunciado dejará de ser el sujeto de la enunciación. La discusión tiene lugar en el grupo y el grupo explora el inconsciente. El análisis de datos no cuenta con ningún proceso algoritmizado ni con reglas a priori que le indiquen cómo ha de proceder, sino con su intuición y con una constante vigilancia epistemológica que analice las condiciones que le mueven a interpretar cómo lo hace. Como dice Ibáñez (García, 1993): «La interpretación es una lectura. Escucha la realidad que habla. Por eso parte de la intuición. Como punto de partida, el investigador intuye... Pero en la segunda operación (análisis), debe evaluar esas intuiciones... Frotar sus intuiciones contra las teorías construidas, verificarlas en un proceso que articula su dimensión sistemática (coherencia con el conjunto de los campos teóricos) y su dimensión operatoria (aplicabilidad a los fenómenos)» (Ibáñez, 1979).

Desde este paradigma fenomenológico se analizarán los diferentes problemas identificados por las personas con fibromialgia, así como las soluciones que aparecen en el grupo de discusión.

5. Consideraciones éticas

Se obtiene la aceptación positiva por el Comité de Ética de Juan XXIII de Tarragona. Se administra el consentimiento informado de cada paciente antes de la investigación. N.º 40P/2012.

6. Resultados

Después de los análisis de los discursos observamos las siguientes dificultades y soluciones:

<i>Problemas/ dificultades</i>	<i>Descripción</i>	<i>Solución</i>
Dolor	<p>«La sobrecarga me hace aumentar el dolor» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«El dolor es horroroso, no me deja levantarme, a veces hasta orino en la cama por no levantarme» (G3).</p> <p>«Debo tener mecanismo pues pensé que tenía que cambiar el chip: en lugar de pensar qué mal estoy, pensar en que estoy bien» (G6, G3, G2).</p> <p>«El dolor está ahí, pero ya estoy acostumbrada a él» (G4, G2, G6).</p> <p>«Esta semana he estado fatal, he tenido mucho dolor, pero he salido todos los días, me he obligado» (G6, G4, G2).</p> <p>«A mí lo que me va mejor es la meditación, dejar la mente en blanco» (G6).</p> <p>«Son las emociones las que aumentan el dolor» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«He descartado la medicina tradicional; los sentimientos y el estrés me descompensan todo el cuerpo y tengo más dolor; he pasado de tomar enormes cantidades de medicación a no tomar nada. ¿Cómo lo he hecho? Buscando las causas que me han producido el dolor, es decir, por qué tengo aquellas emociones negativas, e intento mejorarlas» (G6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> + Descansar. + Cambiar la mentalidad de que se puede llegar a todo y dosificarse. + No pensar en el dolor. + Hacer solo aquellas actividades que se puedan asumir; si no, al día siguiente te encuentras peor. + Acostumbrarse al dolor. + Aceptación del dolor. + Esforzarse en realizar alguna actividad. + A cada persona le va bien una terapia, realizar lo que mejor se ajuste a cada persona. + Buscar las emociones relacionadas con el dolor e intentar mejorar las causas.

Problemas/ dificultades	Descripción	Solución
Cansancio o sobrecarga física o emocional. Agobio	<p>«El agotamiento es lo peor, pasan las horas y no hago nada» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«Me levanto cansada» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«Yo me ayudo a estar cansada porque fumo, no hago deporte; soy consciente pero no hago nada» (G2).</p> <p>«A veces te compensa no hacer las cosas si luego vas a encontrarte mal» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«Me sentía como si mi cuerpo tuviera que levantar 50 kg». «Cuando me desbordo me produce ansiedad, cefaleas y palpitaciones» (G4).</p> <p>«Yo no quiero explicar mis problemas, pero sufro por todos, no me tengo en cuenta a mí misma, por no cargar a los demás nos cargamos nosotras con todo» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Pedir ayuda. ♦ Llegar adonde se pueda. ♦ Poner límites. ♦ No hacer nada. ♦ Descansar más. Reconocer las limitaciones. ♦ Evitar el cansancio.
Dificultad en las actividades de la vida diaria	<p>«A veces no puedo ni doblar la ropa, ni tender en tres días; no puedo hacer lo que yo quiero, que es trabajar y cuidar a los nietos, no pude ni ir de viaje de novios; tienes un plan y no lo puedes hacer, como por ejemplo el día de fin de año, que no pude ni hacer las uvas» (G6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Buscar ayuda. ♦ Repartir los esfuerzos y no realizarlo todo el mismo día.
Problemas de memoria	<p>«Tengo olvidos, guardo algo y no sé dónde lo he dejado» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«He cambiado mis tácticas de estudio; estudio una parte del temario en habitaciones distintas, y así después me es más fácil relacionarlo; los diferentes colores también me ayudan a orientarme mejor, y también el hecho de explicar la lección a mi hermana» (G4).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ No preocuparse si se olvida algo, en el momento inesperado saldrá. ♦ Buscar recursos para ejercitar la memoria; diversificar actividades para estimular la memoria; lectura, actividades manuales...
Dificultad de movilidad	<p>«Lo único que me recompensa es ver a las personas que van detrás de mí» (G1).</p> <p>«La dificultad para caminar genera rabia, impotencia, frustración, ansiedad» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«El no poder andar me produce sobrepeso» (G1, G3, G6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Pensar que hay personas que están peor. ♦ No culpabilizarse. ♦ Ponerse pequeñas metas.

<i>Problemas/ dificultades</i>	<i>Descripción</i>	<i>Solución</i>
Alergias	<p>«Yo he cambiado mi regeneración celular» (G6).</p> <p>«Solo tomo algún ibuprofeno y ya está, tengo tantas alergias que cualquier medicación me pone a la muerte» (G5).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Tomar productos naturales.
Soledad e incomprensión	<p>Familia: «Mi marido no quiere creerse todo lo que tengo; me ayuda, pero son como los hombres de antes, no me gusta quejarme, me lo trago yo» (G1, G3, G4, G5).</p> <p>Amigos: «Te ven tan arreglada que no se creen que tengas la enfermedad» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>Sistema sanitario: «Me siento desamparada por el sistema sanitario» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«Vas a un médico de la privada y te receta un montón de cosas, vas al de la pública y no te receta nada» (G3, G1).</p> <p>«Mi doctora es reacia, no le da importancia a mi enfermedad» (G2, G4, G6).</p> <p>«El médico me decía que todo dolor que no corre no mata, tengo rabia de cómo me trató» (G1).</p> <p>«A mí me decían que ya nos iba bien no levantarnos de la cama para que nos hicieran el trabajo. Claro, si te rompes un hueso se ve, pero esto no» (G5).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Compartir las quejas solo con aquellas personas que tengan el mismo problema y que comprendan lo que sucede. ✦ Evitar según qué compañías. ✦ Intentar buscar puntos de encuentro con tu pareja. ✦ Acudir a asociaciones de usuarios cuando no se encuentran satisfechos con el sistema sanitario.
Depresión	<p>«Yo no tengo motivación para nada» (G1, G3, G4, G5).</p> <p>«Yo no soy importante para mí misma».</p> <p>«Siempre sufro» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p> <p>«Estoy padeciendo mucho y no quiero que los otros padezcan» (G1, G3, G4, G5).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Dar importancia a lo que realmente la tiene.
Ansiedad	<p>«Quiero hacerlo todo y después me pongo nerviosa, porque siempre me ha gustado todo bien hecho» (G1, G2, G3, G4, G5, G6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Cambiar la mentalidad y no ser tan exigente con las cosas.

Problemas/ dificultades	Descripción	Solución
Poca ayuda de la pareja	<p>«El hombre antes no te ayudaba ni a bajar la basura» (G3).</p> <p>«La mujer ha de tener mucha diplomacia para saber decir las cosas, porque si no sabes decir las, ya tienen la excusa, se enfadan y ya dicen que no».</p> <p>«Mi marido lo hace todo excepto la comida, bueno pan con tomate y alguna ensalada» (G2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Pedir lo que necesitas. ♦ Decir bien las cosas. ♦ No tomarse mal las cosas. Ver el vaso más lleno que vacío; si te hacen algo de comida, ya es algo.
Maltrato	<p>«Tengo mala relación con mi marido, de relaciones sexuales nada, no nos cogemos nunca de la mano porque me trata mal; quiero que consiga una casa en su pueblo y se marche, así me quedará tranquila» (G6).</p> <p>«El hijo me maltrata» (G4).</p> <p>«El yerno me maltrata cada vez que viene a casa» (G2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Comunicarse bien; decir las cosas. Por ejemplo, escribir una carta con lo que piensas y cuáles son tus emociones respecto a lo sucedido. ♦ No ponerse nervioso y hacer lo que uno quiere. ♦ Protegerse, mirar por uno mismo.
Rabia	<p>«Se me murieron tres familiares en aquel accidente, uno de ellos era mi hija; no quiero tener rabia pero es superior a mí; ahora empiezo a hablar del accidente, antes no podía hacerlo» (G6).</p> <p>«No me expreso nunca, la rabia me la trago» (G1, G4, G3).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Vivir el presente, el pasado no se puede cambiar. ♦ Tener la voluntad de decir lo que no se quiere. ♦ No reprimir las emociones. ♦ Ponerse en contacto con personas que han vivido las mismas situaciones estresantes.

7. Discusión

En conjunto, en los problemas que aparecen encontramos un elemento común en casi todas las mujeres: al preguntar qué problemas les afectan en la actualidad se remontan a un momento concreto o a una etapa de la vida anterior a la fibromialgia. Algunas refieren un parto complicado, un accidente grave, mucho disgusto ante una enfermedad propia o la de un familiar, la enfermedad que padecía un hermano "cáncer" les ha afectado mucho. Problemas de maltrato en la infancia, abusos. Aparecen también pérdidas en la familia (duelo no resuelto); nos relata una señora que en un accidente perdió a su madre, hija, hermano y sobrina, y que a partir de ese día ya no se pudo vestir. Otra mujer perdió al novio meses antes de casarse; otra, a la hermana; otra, a la madre; hechos

que identificaban como gran sufrimiento, y después les apareció la enfermedad. Otra señora manifiesta el problema de relación con los hijos: una hija de 20 años y uno de 45; este último, separado, con muchas deudas e hipoteca que pagaba la madre y que a la vez le encubría; la señora pagaba las facturas de su hijo y además ocultaba todos sus defectos. Son personas que han tenido historias difíciles, que han cambiado de estatus familiar o de pareja y no ha sido para mejorar, sino que «han ido de mal en peor».

Nuestro estudio estaría en la misma línea que aquellos en los que un enfoque en el cambio de actividades y creencias en cuanto a la enfermedad pueden mejorar sus síntomas, ya que facilitan la mejora del dolor de manera duradera y el estado funcional (Friedberg, Williams y Collinge, 2012; Thieme y Turk, 2012). Relacionamos la FM con las dificultades para cumplir el mandato de género (Velasco, 2006) asignado al sexo femenino; y el hecho de que el grupo de estudio esté formado mayoritariamente por mujeres (43-1) nos hace pensar que es una enfermedad con más incidencia en mujeres. Existen estudios que analizan la identidad de género como antecedente relacionado con la FM (Tosal Herrero, 2007; Valls Llobet, 2007).

- Las mujeres que no manifiestan un suceso concreto relacionado con la FM hablan de condiciones duras que han soportado a lo largo de la vida. Algunas han tenido que trabajar mucho después de una separación; otras cuidaron a padres, suegros, hijos, cumpliendo con el rol de cuidadoras y sin poder relajarse un momento. Han sido unas historias de vida muy difíciles de sobrellevar tanto a nivel de carga física como emocional.
- En cuanto al apoyo familiar, la opinión no es igual para todos los grupos. Algunas identifican mucho apoyo, sobre todo las que tienen nuevas parejas. Manifiestan tener apoyo familiar, lo que no quiere decir que sea cierto («Yo creo que de mi grupo tenían apoyo dos o tres, el resto no lo veo»).
- Todas ellas se ponen un límite muy alto a las actividades que deben alcanzar, ya que deben asumir el mandato de género. Manifiestan que deben llegar a todo. Relacionan la enfermedad con una historia de vida muy dura. Nunca se han dado permiso para nada, han sido cuidadoras de padres, madres, hijos, maridos, y afirman que no han podido relajarse.
- Tienen dificultad para pedir ayuda y se culpabilizan. Además, afirman que nadie hace las tareas mejor que ellas. Tienen una exigencia sobre ellas muy alta. Entre ellas se nutren mucho con las soluciones que deben poner en práctica para resolver sus problemas actuales. Es muy importante que la otra persona les dé consejos, es como si tuviera más valor.
- Existe el miedo a expresar lo que sienten. Han sufrido maltratos psicológicos graves a lo largo de la vida hasta ser anuladas como personas. El marido

de una de ellas había sentido atracción por otras mujeres y no por ella, y en el momento que lo manifestó se bloqueó, salió el temor. El maltrato psicológico duró a lo largo de la vida, la llegó a anular como persona, pero parecía como si no le ocurriera nada. Ella pensaba que no podía solucionarlo de ninguna manera pues estaba muy enquistado. El marido le había sido infiel, ella decía que le había perdonado, pero en realidad no. En otro caso se identifica un miedo hacia el yerno que le ocasiona impotencia y bloqueo. No quiere comentarlo para que no se sepa en el pueblo, pero casi todos lo saben. El miedo sentido bloquea a las personas y ven en la terapia una abertura de puertas a una situación que cree que nunca tendrá solución. Adoptan un rol de *encubridoras*; primero encubren todas aquellas faltas que el marido haya podido cometer, y después las de los hijos.

- Aparece la dificultad para concretar los problemas porque les cuesta identificarlos. En el momento que lograban concretarlos se daban cuenta de que podían luchar contra ellos («Creo que es una práctica de autoanálisis», «Se dan cuenta de que el rol de maltrato es un rol aprendido»).
- Aparece la dificultad de afrontar los problemas. Aparecen problemas de relación con la hermana, marido, padre, madre con un patrón de maltrato. Pero cuando de lo que se trataba era de poner límites a la situación, ya no podían. Había una señora cuya hermana la manipulaba, y cuando hablaba de ella contracturaba los hombros y se empequeñecía en la silla, y ella no era consciente de eso.
- El estilo de afrontamiento de estos problemas depende del tiempo que hace que tienen la enfermedad. Las que la tienen hace años se manejan mejor, tienen más grado de aceptación. Las podemos considerar expertas: «Tengo esto y ya lo he asumido, intentaré vivir bien». Encontramos mucha diferencia de autoestima entre ellas. La aceptación de la enfermedad depende del apoyo y de lo expertas que sean. Con el tiempo han ido buscando instrumentos que las ayude a superar el malestar que les genera la enfermedad. Es llamativo el caso de una señora que casi estaba en silla de ruedas, y después, pasados los tratamientos y las soluciones que fue buscando e incorporando en su vida, se encontraba muchísimo mejor; ella identifica como factor causante la muerte de la madre cuando tenía 20 años y la muerte del novio cuando tenía 23, después sufrió mucho estrés con el trabajo. Pero cambió de vida y cambió de actitud. Ella da refuerzo positivo a todas. En la actualidad anda una hora cada día, y su grado de autoexigencia ha disminuido. Este caso es el ejemplo de un estilo de afrontamiento positivo. Con estas personas pueden pasar dos cosas: o se soluciona el problema inicial o

desencadenante que al principio se desconoce, o detrás de un problema va apareciendo otro y no se termina nunca.

- ♦ Poco a poco van introduciendo el papel de la mente y cómo influye el estado emocional en el dolor. El día que tienen más problemas dicen tener también más dolor, han ido relacionando todos los problemas de la vida con lo mental. Los médicos y algunas amistades no reconocen su problema, y lo que más les molesta es que les digan: «Distráete, distráete», como si el problema estuviera solo en su mente y pudieran manejarlo tan fácilmente. Al principio ellas solo ven las manifestaciones físicas, cómo la enfermedad influye en sus cuerpos; después van asumiendo cómo las emociones influyen en su estado, y es cuando se vuelven más expertas. Cuanto más expertas, más aceptación, mayor relación de la fibromialgia con los fenómenos mentales o emociones y mayor resolución de las dificultades que conlleva la enfermedad.
- ♦ Aparecen otras enfermedades junto con la FM. Se vive como un problema la pérdida de memoria: «No puedo leer un libro». En cambio, hay personas que utilizan técnicas para recordar cómo se utiliza una agenda, o técnicas nemotécnicas, y siguen con efectividad sus actividades para la vida diaria o sus estudios. «Voy al médico y es como si estuvieras loca, y nosotras no estamos locas» (P3). Hay un lastre de enfermedades añadidas a la fibromialgia, y los pacientes han sufrido también enfermedades quirúrgicas, pero estas no les han solucionado nada: intervenciones de túnel carpiano, hombro, rodilla, hernias discales...
- ♦ Es muy difícil hacerles cambiar la mentalidad de que ellas son quienes deben realizar todas las tareas de casa; tienen mucha culpabilidad por dejar de hacer aquello que consideran como propio, como mandato de rol. Visualizan la enfermedad en términos de aquello cuya realización presenta dificultad. Al no poder llevar a cabo algunas actividades de cuidado de la casa y de autocuidado, lo manifiestan como sintiéndose vagas y sucias, y surge mucho sentimiento de culpa por ello. Aparece la dificultad de pedir ayuda, y muchas se culpabilizan si deben hacerlo. Dicen que siempre lo han hecho ellas, no quieren pedir ayuda a nadie porque nadie lo hace tan bien como ellas. Se les decía en las sesiones: «El trabajo de casa es compartir, no es que te lo hagan todo a ti, ya que todos viven y, por tanto, ensucian la casa».
- ♦ La parte positiva de la TRPG es sentirse acompañadas y escuchadas. También hacen consciente el análisis que han hecho de manera inconsciente.

En cuanto a las asociaciones y a los recursos, algunas de ellas sí pertenecen a asociaciones y realizan las actividades que se ofrecen, como rehabilitación, terapias psicológicas, masajes...

La ayuda domiciliaria es muy baja. En mi grupo no hay ninguna que tenga ayuda, seguramente también representa la pobreza del territorio.

Aparece también la implicación con el resto del grupo. Cuando hablan no se quejan de dolor, parece que el hecho de compartir hace que el dolor se esfume y dejan de quejarse. Otro recurso que aparece en el grupo para mejorar los síntomas de FM es bajar el nivel de exigencia, la adaptación y la aceptación de la enfermedad de una manera positiva, así como el nivel de experiencia en el manejo de la enfermedad. Cuánto más expertas, mayor facilidad para resolver problemas. Una señora verbalizaba la no aceptación, pero finalmente acabó verbalizando la esperanza.

Los recursos económicos influyen en la resolución de problemas, pero no son determinantes. Además del nivel socioeconómico influye también el nivel de conocimientos y el nivel de autoanálisis al que se ha llegado.

La relación de ayuda o *counselling* que hemos implementado en los grupos hace que las personas puedan mejorar el manejo de la FM, hecho manifestado por (Sump-ton y Moulin, 2014) *pathophysiology, and neuropharmacology. Pain is the predominant symptom and allodynia and hyperalgesia are common signs. Extreme fatigue, impaired cognition and nonrestorative sleep difficulties coexist in addition to other somatic symptoms. Research including neuroimaging investigations shows abnormalities in neurotransmitters and an abnormal response to pain. Altered pain processing peripherally and centrally contribute to central sensitization and a dampened effect of the diffuse noxious inhibitory control (DNIC; Kashikar-Zuck et alii, 2013; Botella et alii, 2013)*. La importancia de la intervención temprana y eficaz de la FM es importante, ya que los síntomas tienden a persistir y no desaparecen con el tiempo, por lo que los beneficios de la terapia cognitivo-conductual es importante en la mejora del ánimo y en el funcionamiento diario (Kashikar-Zuck et alii, 2013; Joffe et alii, 2014).

La modificación de pensamientos como el miedo, la ansiedad y la evitación de la actividad es importante, ya que provocan que se mantenga el dolor en la FM (Torres et alii, 2013), por lo que creemos que introducirlo será de gran utilidad.

8. Conclusiones

1) A la hora de identificar los problemas actuales, generalmente las personas con FM se remontan al pasado e identifican ellas mismas las causas que creen que les ha originado la enfermedad. Aparece una historia de vida muy complicada que describen a la perfección. Aparece un «sufrimiento», «rabia» o «estrés» percibidos que pue-

den provenir de dos situaciones: una sería un estrés agudo percibido de muy elevada intensidad, y la otra provendría de un estrés más crónico y mantenido a lo largo del tiempo.

- ♦ En la mayoría de los casos relacionan el inicio de la fibromialgia con situaciones muy traumáticas durante la infancia, adolescencia, juventud o posteriormente. Como ejemplo, aparecen situaciones de violencia de género en la pareja o vividas en la infancia, las pérdidas de personas queridas de manera inesperada (accidentes de tráfico), experiencia de partos complicados... Una frase de una investigadora que se aporta en el grupo de discusión apoya la idea de la importancia de la violencia de género en estas mujeres: «Acabas teniendo la sensación de que detrás están los maridos, novios, algunos padres...».
- ♦ En otros casos, la aparición de la FM se relaciona como resultado de experiencias negativas, lo califican como un sufrimiento crónico, algo no tan puntual. El rol adquirido de la mujer desempeña un papel importante, ya que debe realizar múltiples tareas ya desde la infancia, tanto tareas domésticas como de cuidado a múltiples familiares, y no lo viven bien. Algunas frases que lo relatan: «Para mí es una suma de acontecimientos que padece una persona y que le sobrepasa los límites que puede tolerar». «Es resultado de un día tras otro y no tengo ganas de hacer nada. A mí no me ha pasado nadie adelante, he sido una persona muy trabajadora. Ahora las tareas de casa las hago, quejándome pero las hago». Las personas refieren haber realizado gran actividad a lo largo de sus vidas: «He trabajado como un burro, me quedé viuda y realizaba trabajos de hombres, como recoger aceitunas...».

2) Las soluciones incorporadas para disminuir el dolor no son iguales para todas las mujeres, aunque la mayoría les sirven de guía de actuación.

A cada una le va bien un tratamiento. A una le va bien el Voltaren, a otra el Tramadol, a otra ninguna medicación... En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, a unas les va bien la piscina, y los masajes van bien a todas en general.

3) Sienten que la enfermedad les cambia la vida, pero otras intentan adaptarse y que la enfermedad les cambie lo menos posible («Quién te ha visto y quién te ve», «Te cambia la vida»).

4) Se sienten incomprendidas por la sociedad, los médicos, los forenses... («Es una enfermedad poco reconocida», «La gente dice que sí, pero no te entiende»).

5) La percepción de la realización de la terapia es positiva, ya que hace aumentar su afrontamiento al escuchar las experiencias de las compañeras y los mecanismos de ayuda que van apareciendo a lo largo de las sesiones.

8.1 Importancia para la práctica clínica

Conocer las experiencias negativas que padecen las personas con FM en la actualidad y las posibles soluciones aportadas por el grupo ayudará a mejorar el autocuidado de las propias personas y de los profesionales de enfermería. Introducir una nueva forma de análisis, donde se observe la construcción de la identidad social basada en el modelo tradicional y sus repercusiones en la salud, puede ayudar a comprender mejor la enfermedad. Los resultados de nuestro estudio pueden ser utilizados como una referencia para la práctica clínica y el modelo de relación de ayuda o *counselling* en la interacción social y vida cotidiana de las personas con FM, donde el paciente experto cobra protagonismo. La introducción de un enfoque de género en el análisis de las experiencias negativas de los discursos puede ayudar a comprender la enfermedad y a la deconstrucción del modelo tradicional de género. La elaboración de un blog donde se difundan los resultados del trabajo puede ser utilizado por el personal de enfermería para mejorar la calidad de atención tanto a nivel nacional como internacional: <<http://www.fibroebre.com/>>. En esta web difundimos nuestros trabajos de investigación y esperamos poder difundir nuestras futuras investigaciones.

Proyecto global del que forma parte:

2012LINE-01. Universidad Rovira i Virgili y Banco de Santander.

9. Referencias

- AGUGLIA, A.; SALVI, V.; MAINA, G.; ROSSETTO, I.; AGUGLIA, E. (2011). «Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates.» *Journal of Affective Disorders* 128, 262-266.
- BARKIN, R.L.; BARKIN, S.J.; IRVING, G.A.; GORDON, A. (2011). «Management of chronic noncancer pain in depressed patients.» *Postgraduate Medicine* 123, 143-154.
- BELL, A.C.; D'ZURILLA, T.J. (2009). «Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis.» *Clinical Psychology Review* 29, 348-353.
- BOTELLA, C.; GARCÍA-PALACIOS, A.; VIZCAÍNO, Y.; HERRERO, R.; BAÑOS, R.M.; BELMONTE, M.A. (2013). «Virtual reality in the treatment of fibromyalgia: a pilot study.» *Cyberpsychology, behavior and social networking* 16, 215-23.
- BLUMER, H. (1999). *Interaccionismo simbólico: perspectiva y método*, Masson, Barcelona.
- COMECHE, M.I.; VALLEJO, M.A. (1998) «Dolor crónico.» En *Manual de terapia de conducta*. Vallejo MA (ed.), Dykinson, Madrid.
- CARO, X.J.; WINTER, E.F. (2011). «EEG biofeedback treatment improves certain attention and somatic symptoms in fibromyalgia: A pilot study.» *Applied Psychophysiology Biofeedback* 36, 193-200.
- CONDE, C.; RUIZ, M.; CARBONA, G. (1996). «Una experiencia grupal con técnicas cognitivo-conductuales en un equipo de salud mental.» *Psiquiatría pública* 8.
- FERRÉ, C.; RODERO, V.; VIVES, C.; CID, D. (2008). *El mundo del cuidador familiar*, Silva Editorial, Tarragona.
- FERRÉ-GRAU, C.; SEVILLA-CASADO, M.; LLEIXÀ-FORTUÑO, M.; APARICIO-CASALS, M.R.; CID-BUERA, D.; RODERO-SÁNCHEZ, V.; VIVES-RELATS, C. (2014). «Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain).» *Journal of clinical nursing* 23, 288-295.
- FRIEDBERG, F.; WILLIAMS, D.A.; COLLINGE, W. (2012). «Lifestyle-oriented non-pharmacological treatments for fibromyalgia: a clinical overview and applications with home-based technologies.» *Journal of pain research*, 5, 425-35.
- GALINDO, C. (2004). «Fibromialgia.» *Dolor*, 19.
- García Campayo J, Alda M (2004). La vivencia de la sexualidad en pacientes con fibromialgia: un estudio cualitativo, *Archivos de psiquiatría* 67.
- GARCÍA, M.; IBÁÑEZ, J.; ALVIRA, F. (1993). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza Editorial, Madrid.
- GIDDENS, A. (2000). *Sociología*. Alianza editorial, Madrid, pp. 107-27.
- HUSSERL, E. (1992). *Invitación a la fenomenología*. Paidós, Barcelona.

- IBÁÑEZ, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica*, Siglo XXI, Madrid.
- JOFFE, A.M.; PASTORES, S.M.; MAERZ, L.; MATHUR, P.; LISCO, S.J. (2014). «Utilization and impact on fellowship training of non-physician advanced practice providers in intensive care units of academic medical centers: a survey of critical care program directors.» *Journal of critical care*, 29, 112-5.
- KASHIKAR-ZUCK, S.; SIL, S.; LYNCH-JORDAN, A.M.; TING, T.V.; PEUGH, J.; SCHIKLER, K.N.; LOVELL, D.J. (2013). «Changes in pain coping, catastrophizing, and coping efficacy after cognitive-behavioral therapy in children and adolescents with juvenile fibromyalgia.» *The journal of pain : official journal of the American Pain Society* 14, 492-501.
- LACHAINE, J.; BEAUCHEMIN, C.; LANDRY, P. (2010). «Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome.» *Clinical Journal of Pain* 26, 284-290.
- MYNORS-WALLIS, L.; GATH, D.; LLOYD-THOMAS, A.; TOMLINSON, D. (1995). «Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care.» *BMJ: British Medical Journal* 310, 441.
- MONTESÓ-CURTO, P.; FERRÉ-GRAU, C.; MARTÍNEZ-QUINTANA, V. (2010). «Fibromyalgia: beyond the depression.» *Revista de enfermería* (Barcelona, España) 33, 20-16.
- PÉREZ-PAREJA, J.; BORRÁS, C.; PALMER, A.; SESÉ, A.; MOLINA, F.; GONZALVO, J. (2004). «Anxiety and depression are some of the most frequent symptoms that the diagnosed patients of fibromyalgia suffer.» *Psicothema* 16, 415-420.
- PLUMMER, K. (1989). *Los documentos personales*. Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- THIEME, K.; TURK, D.C. (2012). «Cognitive-behavioral and operant-behavioral therapy for people with fibromyalgia.» *Reumatismo*, 64, 275-285.
- SHIPLEY, M. (2010) «Chronic widespread pain and fibromyalgia syndrome.» *Medicine* 38, 202-204.
- SUMPTON, J.E.; MOULIN, D.E. (2014). «Fibromyalgia.» *Handbook of clinical neurology* 119, 513-27.
- TOSAL, B. (2007). «Síndromes en femenino. El discurso biomédico sobre la fibromialgia.» *Feminismos*, 10, 79-89.
- TORRES, X.; HERRERO, M.J.; MARTÍ, M.; CONESA, A.; VALDÉS, M.; ARIAS, A.; COLLADO, A. (2013). «Why people with fibromyalgia persist in activity despite the increasing pain? A Delphi Study of the content of the Clinic Scale of

- Persistence in Activity in Fibromyalgia.» *Revista de psiquiatría y salud mental*, 6, 33-44.
- VÁZQUEZ GONZÁLEZ, F.L. (2002). «La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor.» *Psicothema* 14, 516-522.
- VALLS, C. (2007). «Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia.» *Anuario de Psicología*, 39, 87-92.
- VAN MIDDENDORP, H.; LUMLEY, M.A.; MOERBEEK, M.; JACOBS, J.W.; BIJLSMA, J.W.J.; GEENEN, R. (2010). «Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study.» *European Journal of Pain*, 14, 176-182.
- VELASCO, S.; RUIZ, M.T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. (2006). «Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres.» *Rev Esp Salud Pública*, 4(80): 317-333.
- WINKELMANN, A.; PERROT, S.; SCHAEFFER, C.; RYAN, K.; CHANDRAN, A.; SADOSKY, A.; ZLATEVA, G. (2011). «Impact of fibromyalgia severity on health economic costs: Results from a European cross-sectional study.» *Applied Health Economics and Health Policy* 9, 125-136.

Contextualizar la vulnerabilidad: el diagnóstico psicosocial de género. El caso de la fibromialgia*

Margot Pujal i Llombart¹, Enrico Mora²

1. Resumen

En este capítulo se presenta el desarrollo de una herramienta metodológica de diagnóstico orientada al campo de la salud pública, la cual, de manera transdisciplinar, articula las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud humana desde una perspectiva y epistemología posestructuralista y crítica de género, a la que hemos denominado *diagnóstico psicosocial de género*, y cuyo objetivo es su articulación con el diagnóstico clínico de fibromialgia. Dicha propuesta se elaboró en el marco de la investigación *Les veus silenciades en temps «d'igualtat». El dolor des d'una perspectiva de gènere* [Las voces silenciadas en tiempos de «igualdad». El dolor desde una perspectiva de género], (financiada en convocatoria competitiva por el Institut Català de les Dones, 2010-2011), centrada en el estudio del dolor crónico (DC) sin causa orgánica, comúnmente conocido en el campo biomédico como *fibromialgia* (FM). Con esta herramienta nos sumamos a los esfuerzos que desde las ciencias sociales se llevan a cabo para reconceptualizar la salud, que tradicionalmente ha sido definida y delimitada desde el discurso y la praxis biomédica que toma como dato fundamental para el diagnóstico de la salud las evidencias de orden biológico y el cuerpo como dato mera-

* En este capítulo sintetizamos los hallazgos que hemos discutido y desarrollado en distintos artículos precedentes, especialmente Pujal i Llombart y Mora (2009, 2013, 2014), Pujal i Llombart y Amigot Leache (2010, 2015), Pujal i Llombart y García-Dauder (2010), Schöngut Grollmus y Pujal i Llombart (2014) y Pujal i Llombart, Albertín Carbó y Mora (2015).

1 Profesora Titular de Psicología Social y Coordinadora del Grupo de Investigación 'Des-Subjectant. GESPPI', y del Centro Joan Rivièrre de Psicología y Género, pertenecientes a la UAB e investigadora del IIEDG.

2 Profesor de Sociología. Coordinador de Geses_Lis: Estudis socials i de gènere sobre la corporalitat, la subjectivitat i el patiment evitable. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y de Sociología. UAB.

mente biológico y no sistémico. Nuestra contribución la focalizamos en el nivel metodológico y operativo del debate sobre la salud como un proceso sistémico y dinámico biopsicosocial. El desarrollo de esta propuesta ha surgido de la dificultad de analizar las evidencias empíricas desde una perspectiva que traslade al plano operativo la visión *bio-psico-social* y de género de la salud. En el trabajo de campo hemos producido los datos mediante técnicas cualitativas: relatos de vida, grupos de discusión de personas afectadas y recolección de material documental en Cataluña, así como también hemos analizado foros virtuales y grupos de discusión de profesionales de la salud tanto del ámbito público como privado. El perfil de las personas entrevistadas ha sido el de hombres y mujeres diagnosticadas con FM, asociadas y no asociadas a organizaciones de personas afectadas; los grupos de discusión los hemos llevado a cabo con personal sanitario y con personal experto; el material documental incluye la documentación oficial y académica biomédica producida sobre la FM.

2. Introducción

El análisis del sufrimiento humano y, de forma específica, del dolor cronificado (DC) ha sido objeto de atención de diversas disciplinas en disputa por lograr ofrecer el mayor poder explicativo del malestar de forma especializada. Las aproximaciones biomédicas en España han sido hegemónicas en intentar explicar los fenómenos asociados al dolor crónico tanto si tiene causa orgánica como si no. A menudo han sido ciegas a cualquier otra consideración de elementos explicativos e interpretativos del dolor que no pase por una objetivación orgánica diagnosticable con los dispositivos biométricos al uso. Esa lectura ha conducido a dotar de reconocimiento determinados tipos de dolor, aquellos que se ajustan a los instrumentos de medida, e inviabilizar otros, produciendo de facto una estratificación social del dolor. Las consecuencias de dicha estratificación no solo afectan a los recursos destinados a su investigación y tratamiento, sino también al reconocimiento de las personas que padecen un determinado tipo de dolor, según este sea legítimo y digno de atención social o, por el contrario, un dolor vergonzoso.

Las ciencias biomédicas disponen actualmente de una enorme legitimación social, en buena parte debida a sus espectaculares efectos terapéuticos de las últimas décadas en Occidente, y han logrado desplazar los límites de la muerte humana alargando la vida, convirtiendo lo agudo en crónico, sustituyendo lo dañado por lo operativo, etc. Por eso mismo, el discurso biomédico tiene un carácter *performativo* de la salud, que no solo afecta a lo narrativo, sino a la propia salud, incluyendo y excluyendo posibilidades explicativas, incluyendo y excluyendo posibilidades de recuperación del bienestar. En este sentido, el discurso biomédico tiene efectos somáticos, al entender que la salud es, sobre todo, efecto de características orgánicas sobre las que actúa exclu-

sivamente. En algunas ocasiones, se producen aproximaciones que incluyen lo psíquico en lo biológico, y se introduce entonces una lectura que busca la química de lo psíquico, señalando idiosincrasias psíquicas innatas como un elemento sumativo a la explicación orgánica. Sin embargo, queda fuera, allá lejos de las fronteras de las ciencias de la salud hegemónicas, lo psicosocial y lo social. Parecerían unas áreas de conocimientos que poco o nada puedan aportar al conocimiento del dolor, a no ser para elaborar los consabidos contextos de la salud, a modo de una cornisa que decora lo importante, la pintura organicista del dolor. Y desde lo psicosocial y lo socioestructural, parecería que nada se pueda decir sobre cómo los macrocontextos sociales de la salud impactan en la producción del dolor, mediante las mediaciones psíquicas, cuya combinación, biopsicosocial³, conforman la subjetividad y la experiencia del dolor.

Nuestra perspectiva, que presentamos en este texto, y que hemos ido elaborando a lo largo de diversos trabajos⁴, tiene por objetivo articular los aspectos biológicos, psíquicos y sociales, hasta producir un desplazamiento del concepto de *salud* hacia la intersección *entre* las ciencias biomédicas y las ciencias humanas y sociales, desde la articulación de las perspectivas teóricas posestructuralista, psicodinámica y de género. Para alcanzar dicho objetivo hemos elaborado una herramienta metodológica que hemos denominado *diagnóstico psicosocial de género*, que permite articular dichas dimensiones en la praxis, a partir del estudio de caso de un determinado tipo de DC: el *dolor crónico sin causa orgánica*, denominado *fibromialgia* (FM) en el campo biomédico. La FM es un malestar contemporáneo emergente que afecta mayoritariamente a las mujeres (un 90 % de las personas afectadas son mujeres).

Estructuramos este capítulo en cuatro partes. En primer lugar, señalamos de forma resumida las principales premisas teóricas desde las que hemos llevado a cabo nuestra investigación. En segundo lugar, describimos el método y las técnicas de producción de datos. A continuación, presentamos los resultados orientados a contextualizar lo que es la evidencia más notable que aportamos en este texto, el *diagnóstico psicosocial de género* (DPG), con la finalidad de mostrar una aplicación de lo que significa articular las dimensiones sociales institucionales, lo que denominamos los *contextos de vulnerabilidad de género*, y su traducción en un nuevo concepto de diagnóstico del sufrimiento, liberando el concepto de diagnóstico de su connotación objetivista y cosificadora que le ha sido conferido de forma hegemónica por la mirada biomédica. El diagnóstico clínico hegemónico lleva implícita una operacionalización del tratamiento

3 Concepto elaborado en nuestra investigación precedente con el título *Les veus silenciades en temps «d'igualtat». El dolor des d'una perspectiva de gènere*, financiada en convocatoria competitiva por el Institut Català de les Dones, 2010-2011, Ref. U-27/10, para hacer notar las confluencias entre el discurso biomédico y algunas orientaciones en psicología en relación con la construcción de una explicación individualizada y psicopatologizante del malestar físico o psíquico.

4 Pujal i Llombart y Mora (2009, 2013, 2014); Pujal i Llombart y Amigot Leache (2010, 2015); Mora y Pujal i Llombart (2010); Pujal i Llombart y García-Dauser (2010); Schöngut Grollmus y Pujal i Llombart (2014), y Pujal i Llombart, Albertín Carbó y Mora (2015).

que puede tener como efecto una medicalización de algunos patrones de comportamiento y de condiciones sociales y culturales determinadas, además de la creación de un estigma (Wykes y Callard, 2010) sobre las personas afectadas. Este tipo de diagnóstico constituye una forma reduccionista y descontextualizada de categorizar, pensar y gestionar las experiencias contemporáneas de sufrimiento y malestar. Finalmente, presentamos en este capítulo la propuesta del *diagnóstico psicosocial de género* (DPG) aplicada al dolor crónico, cuya metodología puede ser también aplicable al diagnóstico de otros malestares emergentes, tanto psicológicos como físicos (cáncer, depresión, ansiedad, etc.). Proponemos una aproximación cualitativa, diacrónica y compleja al mundo de la experiencia del sujeto (Riba, 2011) partiendo de su conceptualización como un sujeto social, activo y reflexivo (González-Rey, 2011), un sujeto que no está dividido entre lo psíquico y el cuerpo, y que nosotras hemos construido a partir del estudio de la FM/DC.

3. Coordenadas teóricas de nuestro estudio

La salud y el concepto de calidad de vida (Nusbaum y Amarrita, 1996) constituyen uno de los grandes retos actuales de las ciencias sociales y psicológicas por diferentes razones. Una, tal y como señala Luz (2011), es que en la sociedad contemporánea está aumentando de manera continua la demanda social «de atención médica», de programas de prevención y mejora de las personas individuales, de los grupos y de las comunidades. Esta demanda puede ser interpretada como una respuesta cultural a determinadas enfermedades emergentes crónicas y degenerativas, así como al retorno de epidemias, debidas a la fragilidad y a la pobreza causadas por la crisis económica. Pero también puede ser la respuesta al aumento exponencial en las últimas décadas del sufrimiento evitable, resultado de condiciones sociales, culturales y de poder adversas a la vida; son condiciones que caracterizan al mundo urbano y globalizado actual y se refieren a las violencias simbólicas estructurales en un sentido amplio, o la organización globalizada del trabajo, que conforman el régimen neoliberal actual y que afectan con más intensidad a los grupos más vulnerables en los que confluyen e interactúan diferentes ejes simbólicos de poder y desigualdad (De Vogli, 2011). En este sentido, se puede hablar de determinantes psicosociales de la salud, tanto psíquica como física, y de la presencia intensa y creciente en las relaciones sociales de valores culturales y de prácticas sociales e institucionales nada saludables, que funcionarían como dispositivos de poder, subjetivación y de malestar (Ramos 2004, 2009; Arruda-Leal, 2011).

Ante esta creciente demanda de atención a la salud, se da una transformación de los saberes y de las prácticas médicas occidentales (Spin, 2010). Resaltaremos tres de ellos: el primer fenómeno es la medicalización de la vida y su amplio alcance como

fuente de conocimiento y diagnóstico de la experiencia contemporánea. Sus pretensiones de verdad se articulan en mecanismos causales de orden biológico y biopsicológico que generan procesos de subjetivación y objetivación social, política y económica de la experiencia. Así, el análisis de la vida humana, de su calidad y los modelos de buena vida quedan seriamente reducidos y sometidos a un dispositivo de biopoder (Foucault, 1975-1976-1979; Butler, 2001c; Barker, 2005; Rose, 2001), lo que constituye una barrera indirecta para el ejercicio de la vida democrática. A este fenómeno lo denominamos la *biopsicomedicalización de la vida humana*. El segundo fenómeno es el ocultamiento epistemológico de la feminización de algunos malestares. Es decir, la medicalización de la feminidad y vulnerabilidad psicosocial, y con ello su constitución en algo patológico (Barker, 2005; Velasco, 2009), lo que representa un segundo obstáculo grave para avanzar hacia el horizonte de una sociedad igualitaria compuesta por una ciudadanía de plenos derechos políticos, económicos, sociales e individuales. Finalmente, el tercer fenómeno es, precisamente, «la presencia de la desigualdad en la igualdad de género» (Pujal i Llombart y García Dauder, 2010) y la articulación contradictoria entre los diferentes modelos sociales de género que coexisten en la actualidad en las sociedades occidentalizadas: tradicional, transicional, contemporáneo, en contraste con el igualitario, cuyos efectos generan desorientación en las subjetividades, relaciones y cuerpos contemporáneos (Velasco, 2009). Estos tres fenómenos confluyen en este artículo a través de un estudio de caso: el análisis de un malestar emergente y controvertido, el *dolor crónico sin causa orgánica*, etiquetado en el ámbito biomédico como *fibromialgia* y que denominamos *dolor cronificado*, puesto que partimos de la hipótesis de que podría descronificarse o podría no haberse cronificado si se hubiera identificado la organización social que lo produce.

Los estudios del DC/FM desde una perspectiva biopsicosocial con perspectiva de género son a día de hoy aún escasos (por ejemplo, Pujal i Llombart y Mora, 2014-2013; Moore, 2012; Olivé, 2012; Valls, 2008; Barker, 2005; Ramos, 2004; Bayo-Borrás, 2003). Contamos con diversas investigaciones que, a pesar de no establecer siempre una articulación sistemática entre las dimensiones de la vida humana y estas con el género, han aportado importantes evidencias y modelos de análisis sobre los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, Palomino, Grande y Linares, 2014; Solar e Irvin, 2007; Wilkinson y Marmot, 2003). Es a partir de estas aportaciones cuando en los últimos tiempos se ha desarrollado una perspectiva que define los determinantes sociales en términos de contextos sociales de vulnerabilidad, que nosotras adoptamos de forma articulada con las dimensiones psíquicas y orgánicas de la vida humana para el estudio de la DC/FM, en la línea de Velasco (2009), y vinculamos con la noción de producción cultural de Bauman (1992) y con la reformulación de la categoría de género realizada de forma pionera por Butler (2001a, 2001b, 2001c, 2006), según la cual el sexo/cuerpo/sexualidad son ya, desde sus inicios, productos del género y la cultura.

Hemos señalado que nuestra aproximación articula las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales en estudio del DC/FM. Nuestro punto de partida o nodo central a partir del cual desplegar nuestro análisis es la articulación de la dimensión social, que definimos a través de la noción de *contexto de vulnerabilidad*, y la dimensión psíquica, a través de la noción de *experiencia subjetiva vivida*, desde una perspectiva de género (Mora, 2003-2005; Mora y Pujal i Llombart, 2010; Rodríguez, 2011). Esto significa entender que las posiciones ocupadas en la división sexual del trabajo y sus efectos *performativos* en la subjetividad de las personas están relacionadas con el DC/FM. Entendemos que el dolor, como experiencia individual biopsíquica, se articula simultáneamente con determinados contextos sociales, investido de propiedades específicas, y que todo ello conlleva *historizar* el dolor que siente el sujeto. Y el dolor, como forma de articulación somática de las dimensiones sociales y psíquicas indicadas, adquiere realidad psíquica y social para el sujeto implicado, y es, entonces, no solo un dolor orgánico, sino también psíquico y social, cuyos efectos devastan la vida de las personas afectadas.

La organización sexista de la vida social genera unas fuentes específicas de vulnerabilidad y fragilidad diferenciadas según el sexo y el género. Una de las principales características de la organización sexista en Occidente es la división sexual del trabajo tanto en el ámbito privado como en el público, tanto en el ámbito doméstico como en el profesional, tanto en la generación y control de los recursos como en su administración. Otra característica fundamental es la construcción imaginaria y simbólica de las subjetividades de género y las relaciones sociales mediatizadas por esta categoría. Ambas han tomado diversas formas históricas. Siguiendo a Velasco (2009), en la investigación que aquí exponemos nos fijamos en dos modelos de género: el tradicional y el transicional, modelos que podemos identificar, actualmente, en la sociedad catalana y que caracterizan los contextos de vulnerabilidad de las personas entrevistadas en esta investigación.

Los procesos psicosociales de género constituyen representaciones sociales y culturales que proponen los ideales de cómo llegar a ser un hombre o una mujer en una sociedad y contextos determinados, de una manera normativa (Velasco, 2009). Estos ideales acaban regulando y modelando en diferentes grados las subjetividades y cuerpos de las mujeres y los hombres y sus relaciones sociales. El conjunto de modelos sociales e ideales subjetivos de género intervienen regulando las maneras de vivir que, en consecuencia, influyen también en las formas de gestionar el malestar, de enfermar y de morir. El concepto de subjetividad que empleamos surge de la articulación teórica de las perspectivas posestructuralista (M. Foucault, G. Bateson, P. Watzlawitck, G.H. Mead, etc.), psicodinámica y de género (J. Mitchel, J. Fox Keller, J. Flax, T. de Lauretis, S. Tubert, R. Unger, J. Scott, etc.), y resulta central para una problematización crítica del concepto de salud y de sujeto androcéntrico, así como de la intervención hipermedicalizada hegemónica. En este marco, la subjetividad la definimos como *sistema*

biopsicosocial dinámico y como *sistema sujeto/sexo/género* siguiendo el planteamiento de Velasco (2009), Pujal i Llombart y García Dauder (2010), Sánchez-Moreno *et alii* (2011) y García-Borés (2011).

4. Método y técnicas de producción de datos

Los materiales empíricos que presentamos derivan de la investigación *Les veus silenciades en temps «d'igualtat»* [*Las voces silenciadas en tiempos de «igualdad»*], dirigida por la Dra. Margot Pujal i Llombart y financiada por el Institut Català de les Dones. El diseño metodológico de la investigación es cualitativo. Para la producción de datos de la investigación realizamos entrevistas en profundidad, grupos de discusión, recopilación de materiales documentales y recopilación de entradas de foros virtuales, sobre todo de personas afectadas, pero también de profesionales de la salud. Respecto al análisis de los datos, usamos análisis de contenido y análisis crítico del discurso, y creamos el diagnóstico psicosocial de género (que describimos en Pujal i Llombart y Mora 2013, 2014). Para la elaboración de los contextos de vulnerabilidad y los diagnósticos psicosociales de género nos apoyamos exclusivamente en las entrevistas en profundidad de personas afectadas.

La entrevista en profundidad la hemos entendido como uno de los mejores instrumentos para acceder a los relatos de vida, para recoger la experiencia transmitida a quien investiga mediante la conversación con las personas informantes. Este encuentro obedece al objetivo de comprender la perspectiva que tienen las personas informantes con relación a sus vidas, experiencias o situaciones, el sentido que dan a sus actos, con la forma de un relato (Gaulejac, 2006; Taylor y Bogdan, 2000; Ruiz e Ispizua, 1989). Organizamos encuentros de dos sesiones de aproximadamente tres horas cada una. Las conversaciones fueron registradas y transcritas literalmente (con el consentimiento de las personas entrevistadas). Los temas tratados en las entrevistas se organizaron en siete ejes: trayectoria de la enfermedad; participación en grupos organizados de personas afectadas; el significado de ser mujer; el significado de ser mujer trabajadora; relaciones familiares y afectivas; tiempo y espacio personal; gestión de conflictos. Para el análisis de los datos aquí empleados nos hemos apoyado en el análisis de contenido, que nos permitió organizar y categorizar la información a partir de la interpretación de los datos y su vinculación con el marco teórico de referencia de la investigación, mediante el software ATLAS-ti 6.0.

Respecto a los criterios de elaboración de la muestra cualitativa nos apoyamos en criterios teóricos, para lograr la mayor diversidad posible de tribunas de enunciación. Realizamos las siguientes entrevistas (mediante la técnica de la bola de nieve y el principio de saturación): quince mujeres y cinco hombres diagnosticados de FM por

las instituciones sanitarias de Cataluña. En total se realizaron treinta encuentros individuales para producir los relatos de vida de las mujeres y diez para los hombres. Este conjunto constituye el corpus textual analizado. El trabajo de campo se realizó entre 2008 y 2011 en el área metropolitana de Barcelona (España). La muestra se construyó a partir de la población de personas afectadas en Cataluña, atendiendo a dos variables: sexo (mujer; hombre) y participación en grupo organizado (persona asociada o no a un colectivo DC/FM). En cuanto a las variables edad, estudios terminados, actividad profesional y modelo familiar, las personas entrevistadas se encontraban, en el momento del estudio, en la horquilla de edad 29-56 (con trayectorias en la enfermedad que van desde la adolescencia hasta el momento actual, o trayectorias más cortas con tres o cuatro años de duración). Contaban con estudios primarios, secundarios y de formación profesional, y dos casos con estudios universitarios. En cuanto a los trabajos desempeñados: dependienta de tienda, administrativa, contable, trabajos descalificados en fábricas, gestión de instituciones, gestión de proyectos culturales y arquitectura. Respecto a las actividades domésticas, trabajaron como ama de casa a tiempo completo, o como responsable principal de la actividad doméstica (en el caso de los hombres solo uno), en algunos casos desde la niñez. Los modelos familiares en la vida infantil de las personas entrevistadas fueron familias nucleares, en algunos casos extensas (con los abuelos y abuelas), y un caso de una persona huérfana. En la vida adulta, en el momento del estudio, el patrón familiar era el nuclear con hijos e hijas dependientes y familias monoparentales.

5. Los contextos de vulnerabilidad de género

La elaboración del diagnóstico psicosocial de género requiere, en primer lugar, situar el malestar en la experiencia vivida y en el contexto social de la persona que lo padece, como ya se ha apuntado de manera aproximada en algunos estudios (Montesó, Ferrer Grau y Martínez Quintana, 2010; Montesó, 2014; entre otros). A continuación, describimos brevemente, pero de una forma clara y abierta, los contextos de vulnerabilidad de género que, a modo de mapas del malestar, ayuden a ubicar y situar el malestar expresado desde la particularidad de la persona afectada, para identificar los vínculos que han conformado las condiciones de posibilidad del sufrimiento que genera el DC/FM.

Entendemos que el DC/FM es un malestar que deriva de las condiciones en que se produce la socialización de los mandatos de género de las personas afectadas, tanto en su familia de origen como en la articulación de los mismos en su vida adulta. Esas condiciones se caracterizan por una interiorización de los mandatos de cuidado de forma prematura, cuya subjetivación implica que las propias necesidades queden desatendidas. Los efectos subjetivos han supuesto el desarrollo de una subjetividad presidi-

da por unos ideales inalcanzables, y la expresión del conflicto psíquico que generan se acaba experimentado en forma del DC/FM, lo que constituye una marca específica de los supuestos «tiempos de igualdad». En todos los casos de las mujeres entrevistadas, la organización sexista del trabajo doméstico no queda cuestionada. Como mucho, en los episodios más críticos, el marido de la mujer con DC/FM resuelve algunas de las necesidades domésticas a través de la mercantilización o de una dedicación puntual al cuidado, en ningún caso se convierte en el punto de partida de una nueva organización de la producción doméstica. La explotación, entendida como transferencia de horas de trabajo de las esposas hacia sus maridos, se mantiene a través de convertir el cuidado en servicio. Además, la participación en la esfera del trabajo remunerado implica para las mujeres asumir dinámicas de trabajo, formas de relación, desarrollo de capacidades que se alejan de los ideales de feminidad tradicional y se aproximan a los imperativos masculinos de trabajo. Este tipo de dedicación implicó, para algunas entrevistadas, jornadas laborales intensas y agotadoras, un trabajo absorbente durante años, y que ahora algunas de ellas valoran como trabajos donde habían perdido los límites. A pesar de que se han producido cambios importantes en las relaciones entre mujeres y hombres en cuanto a la participación en la división sexual del trabajo, esta no se ha disuelto. Más bien existe una intensa contradicción entre los ideales de igualdad y la vida práctica. En la esfera subjetiva se ha traducido en un creciente mandato de alcanzar las metas que el ideal de igualdad fija, pero como un mandato individual que choca con las condiciones de existencia que hacen de la igualdad entre mujeres y hombres un terreno de intensas contradicciones.

En este marco es donde situamos uno de los efectos de los «tiempos de igualdad»: el dolor crónico sin causa orgánica. Expresa, a través de cuerpos individuales, el conflicto entre los mandatos sociales de género tradicionales y los nuevos mandatos de género, de acuerdo con los «tiempos de igualdad» en un contexto contradictorio. El resultado es paradójico: la lucha histórica para la igualdad entre mujeres y hombres implica en la biografía de las mujeres entrevistadas un tránsito que empieza por romper con el modelo tradicional de género para desembocar en un modelo más equitativo, pero un modelo de intensas contradicciones y sufrimientos. Estas contradicciones son dibujadas como nuevas exigencias que deben ser resueltas solo a nivel individual, y que para las mujeres entrevistadas termina siendo el escenario de emergencia del DC/FM. Para aquellas mujeres que no logran superar el DC/FM, significa la puerta de regreso a un modelo de relaciones de género tradicional, un modelo que debía ser desechado. De ello se deriva que los procesos de cambio y lucha contra el sexismo están aún lejos de haber resuelto un modelo de vínculos entre los seres humanos equitativo y atento a reducir el sufrimiento evitable que la desigualdad de género produce en nuestras vidas.

La dinámica del malestar la situamos en las contradicciones entre los modelos de género *tradicional* (que caracteriza la vida infantil de las personas entrevistadas) y de *transición* (que caracteriza su vida adulta). Las familias de la infancia de las personas entrevistadas se caracterizaban por un modelo de género tradicional de las relaciones de cuidado y servicio en proceso de transformación. Sus madres ocupaban una posición de amas de casa (como responsabilidad principal, a excepción de dos casos en que era la única), junto con otros trabajos de economía sumergida (lo que introduce elementos de disolución de dicho modelo). En diversos casos, hemos identificado en la trayectoria de las entrevistadas una participación precoz en la realización de las tareas de cuidado, y más específicamente de servicio, al atender las necesidades de los demás, a pesar de no tener la responsabilidad social de hacerlo ni las capacidades.

El modelo de género tradicional occidental produce un modelo de vulnerabilidad específico que afecta a la salud y al bienestar de las mujeres y los hombres mediante las subjetividades construidas a partir de este modelo. Tal y como señalan Velasco (2009) e Izquierdo (2003), la estructura de estas relaciones tradicionales entre los sexos se caracteriza por situar la finalidad de la relación entre la mujer y el hombre en la construcción de un núcleo social básico, la familia, mediante el contrato matrimonial fundamentado en la permanencia, exclusividad y jerarquía. En este modelo el hombre es el sujeto hegemónico en la forma de cabeza de familia y es el detentor principal del poder (ganador de pan). El resto de los miembros de la familia dependen financieramente del cabeza de familia y le deben obediencia. Tener hijas e hijos no es un deseo en primer término, sino un mandato. La familia, a través de su representante, el cabeza de familia, es la depositaria de la propiedad y del control sobre los miembros del grupo. Los ideales resultantes de feminidad y masculinidad que se forjan en este modelo son dicotómicos. En la subjetividad se establece una relación de sujeto (hombre) a objeto (mujer). La feminidad equivale a subordinación, entrega, pasividad, y la realización es a través de la maternidad y el amor. Quedan excluidas la sexualidad y las realizaciones a través del trabajo remunerado, la creatividad o el saber. La masculinidad, en cambio, viene definida por el poder, la propiedad y la potencia. Las realizaciones subjetivas de los hombres provienen del trabajo remunerado, del poder de ser cabeza de familia y de la paternidad nominal. En el rol tradicional femenino, el mandato de género se apoya en mantener los signos de carencia para sostener una posición inferior al hombre. Las personas entrevistadas se encuentran en una posición de tránsito entre este modelo tradicional, que caracterizaba en gran medida a sus familias de origen, y las familias que formarán más adelante y que se caracterizan por responder a un modelo de relaciones de género transicional. Siguiendo el planteamiento de Velasco (2009), este modelo de género tradicional genera unos tipos de vulnerabilidades que afectan de forma diferenciada a la salud de las mujeres y a la salud de los hombres (y nosotros añadimos:

y a la salud de las niñas y los niños, y a las personas ancianas). Para las mujeres, la vulnerabilidad procede de las limitaciones del rol al imponer la reclusión en el espacio doméstico y en la relación de dependencia tanto económica como emocional en la que queda. Para las niñas, la socialización en el mandato sexista del modelo tradicional afecta a la formación de las expectativas de los padres y de las madres, hasta el punto de potenciar o frustrar las aspiraciones futuras que tenían algunas entrevistadas en su niñez, como recibir una formación que fuera más allá de la básica y que esta respondiera a sus propios deseos profesionales futuros. En el caso de la vulnerabilidad de los hombres, en el modelo tradicional occidental de género, esta surge del cumplimiento del mandato del ideal masculino, que consiste en el mantenimiento de las posiciones de potencia y de propiedad sobre la mujer. Así, correr riesgos demostrando fortaleza, insensibilidad al dolor y consumiendo tóxicos hasta donde el cuerpo aguante serían ejemplos paradigmáticos (Velasco, 2009). Y surge también de los conflictos y dificultades en mantener dicho cumplimiento. Así, por ejemplo, perder la posición de provisor de la familia y de la relación de propiedad con la mujer genera malestares psíquicos y somáticos. Sin embargo, los hombres entrevistados que padecen DC/FM se alejan de este modelo de masculinidad y de sus formas específicas de vulnerabilidad, como veremos en el siguiente apartado.

El análisis de las familias de las personas entrevistadas cuando eran criaturas pequeñas nos lleva al siguiente interrogante. Si entendemos que las relaciones de género, y en particular la división sexual del trabajo, tienen un impacto en el desarrollo del DC/FM, ¿por qué no afecta a todas las mujeres que ocupan esa posición? Para nosotras, la clave es entender que el género y el sexo están interseccionados por diversas dimensiones de la desigualdad social (clase social, raza, etnia, edad, generación, diversidad funcional, etc.), y también por diversas dimensiones de análisis (social, psíquica, biológica, histórica y biográfica). Nuestra hipótesis es que el DC/FM afecta sobre todo a mujeres no por sus características biológicas en sí mismas, sino por una determinada orientación psicosocial. Sostenemos que uno de los aspectos que contribuye al desarrollo del DC/FM es la orientación de las mujeres hacia el cuidado, y cómo esta es subjetivada y corporizada en el proceso de socialización bajo condiciones sexistas. La orientación hacia el cuidado en condiciones sexistas es asimismo el denominador común con los pocos hombres (proporcionalmente hablando) que desarrollan dicho sufrimiento (y que nos hacen sospechar que su socialización sexista, a pesar de ser niños, fue orientada, en algún modo, hacia los cuidados). Es decir, el hecho de que la prevalencia del DC/FM es de nueve mujeres por un hombre señala, en primer término, la organización sexista de nuestra sociedad. Asimismo, que no estén todas las mujeres de nuestro entorno social afectadas señala que algo ocurre en el proceso de subjetivación y corporización de los mandatos de género, y que es algo común a los hombres

que padecen de DC/FM. Consideramos que las condiciones de socialización de estas personas, caracterizadas por interiorizar mandatos de atención a las necesidades de terceras personas en etapas vitales muy prematuras (que implica una desatención de las propias necesidades), contribuyen a explicar esa variabilidad de la prevalencia del DC/DF, tanto entre las personas que la padecen como en relación con la población en general. El incremento poblacional de la prevalencia del DC/FM en los últimos años (Pastor, Lledó, López-Roig, Pons y Martín-Aragón, 2010), estimado entre un 2-6% de la población, lo podemos tomar como un indicador de una intensificación del sexismo en nuestra sociedad. Se trata de algo paradójico si atendemos a los esfuerzos antisexistas de las últimas décadas; quizás es un indicador de las profundas resistencias que se activan en la lucha contra el sexismo.

Sin embargo, el contexto de vulnerabilidad de la familia de la infancia de las personas entrevistadas no es suficiente para explicar el desarrollo del DC/FM. Tampoco lo es exclusivamente el contexto de vulnerabilidad de la vida adulta. Sostenemos que es la interacción entre ambos contextos en la experiencia vivida por las personas que padecen DC/FM lo que puede aportar alguna clave explicativa. En el caso estudiado, el contexto de la vida adulta está presidido por «los tiempos de la igualdad de género» en España y Cataluña, uno de cuyos mandatos fundamentales para las mujeres es poder desarrollar una carrera profesional y, al mismo tiempo, seguir siendo la principal responsable del cuidado en el núcleo familiar. Un nuevo mandato de género (aparentemente emancipatorio) y que nosotras planteamos como la presencia de la desigualdad en la «igualdad» (Pujal i Llombart y Mora 2013) y que solo interpela a las mujeres (es ajeno a los hombres). Sospechamos que es la forma específica en que se produce la articulación entre los contextos de vulnerabilidad en la experiencia vivida de las personas entrevistadas lo que permite explicar por qué no todas las personas que han experimentado un contexto de vulnerabilidad como el descrito anteriormente, o como el que vamos a describir a continuación, han desarrollado el DC/DF.

En las últimas décadas, y bajo el mandato de la *igualdad de género* que hemos visto en Europa occidental, las relaciones de género han sufrido algunos cambios: un aumento considerable de las mujeres en la educación, en la vida pública y, especialmente, en las actividades profesionales, y por tanto, en el acceso a ingresos propios. Aunque este cambio supone cuestionar las relaciones patriarcales prototípicas, lo es para las mujeres, pero no lo es en la misma medida para los hombres. El aumento creciente de mujeres en las actividades profesionales no se ha traducido en un aumento creciente y equivalente de hombres en las actividades domésticas. Las responsabilidades domésticas parecen un territorio ajeno a los hombres. Se ha traducido, por tanto, en una dedicación de actividades extenuante no solo a nivel físico, sino también psíquico, particularmente en lo que se refiere a la superposición de responsabilidades. Pero este ritmo de dedicación tiene

costes. A menudo, para las personas entrevistadas termina por suponer la pérdida del trabajo remunerado, no como una decisión autónoma, sino como un efecto del cuerpo enfermo. Y con ello, volver a un modelo de género tradicional.

Los cambios que caracterizan el modelo transicional de género en Occidente implican intensas contradicciones. Si bien los principios formales de igualdad entre mujeres y hombres son sancionados en multitud de leyes, códigos, reglamentos, planes de acción, campañas publicitarias, sentencias judiciales, organismos públicos especializados en velar por su desempeño, la dinámica social se aleja bastante de aquellos ideales. Las entrevistadas nos hablan de un ideal de igualdad como un espejismo, como un imposible: tenerlo todo, pareja, hijas, hijos, trabajo, para no poder con todo. A pesar del salto cuantitativo que ha supuesto la incorporación masiva de las mujeres a las actividades profesionales, no lo es ni en igualdad de oportunidades, ni de resultados, ni de condiciones. De los cambios señalados se deriva un ideal de feminidad y masculinidad igualitario en los aspectos formales y jurídicos que, sin embargo, es contradictorio en la dimensión estructural y pragmática, y cuyas tensiones se expresan en la dimensión subjetiva, tanto en la esfera privada como en la pública.

En cuanto a la esfera privada, la formación de la pareja se basa, fundamentalmente, en el amor, que se ha convertido en una forma de simbolizar la realización subjetiva. El amor, la sexualidad y el erotismo se convierten en unos nuevos imperativos que regulan las relaciones de pareja. La posición subjetiva de las mujeres entrevistadas, en el modelo transicional, se caracteriza por la sobrededicación, pues las nuevas exigencias de ser un sujeto social, del saber y del trabajo en la esfera mercantil, se sobrepone a las exigencias tradicionales de cuidados y atención prioritaria a las otras personas. Como relatan algunas entrevistadas, se producen en la relación de pareja situaciones contradictorias entre el reconocimiento de aquello que se desea y, por tanto, de la capacidad de desear de forma autónoma, y la imposibilidad de negociar los propios deseos con la pareja en el terreno pragmático, a pesar de que se presente la solución de los conflictos como si fueran acuerdos.

En cuanto a la subjetividad masculina en el modelo transicional de Occidente, conserva los atributos de actividad y superioridad relativa sobre la mujer y el de la realización personal a través del trabajo remunerado, la paternidad nominal y la responsabilidad social. Si bien este sería el nudo que caracterizaría a la masculinidad transicional, y que por tanto conserva bastantes elementos en común de la masculinidad tradicional, se añaden elementos nuevos, como mantener a la pareja satisfecha tanto en términos amorosos como sexuales. Al mismo tiempo se pueden sumar, de forma variable, atributos que vienen de una mayor o menor implicación de los hombres en las tareas de cuidado y atención al otro, que implican expresividad, sensibilidad y seducción (Velasco, 2009). Sin embargo, la responsabilidad que se siente como principal

y prioritaria es la de tener un trabajo remunerado, en ningún caso toma centralidad la actividad doméstica. En este punto, surge la pregunta sobre qué tienen de específico aquellos hombres que tienen diagnosticado DC/FM respecto a los otros hombres que tienen una misma posición de provisión. Al nivel de los contextos de vulnerabilidad, cabe señalar que tienen un aspecto en común con las mujeres con DC/FM: su orientación prioritaria al cuidado. Pero se trata de una orientación hacia el cuidado básicamente en el ámbito de la actividad remunerada. Esta orientación hacia el cuidado en el ámbito profesional se convierte en un imperativo. El cuidado se convierte en un aspecto central en el trabajo. Más atípico para los hombres entrevistados es manifestar esta disposición al cuidado en el ámbito familiar hasta el punto de querer priorizar la dedicación al cuidado de las personas dependientes de la propia familia por encima de la actividad profesional. Implica una escala de prioridades vitales que se aleja del ideal masculino tradicional y transicional (pero tan típico del ideal femenino). Un indicador de este distanciamiento respecto del ideal masculino es la sanción y rechazo en el entorno laboral.

En cuanto a la esfera pública, las contradicciones se producen entre el ideal femenino tradicional y el transicional. Por un lado, hablamos de trabajadoras con una alta dedicación al trabajo, que son responsables y capaces, y que, al mismo tiempo, se sienten culpables, especialmente en ambientes laborales masculinos, de manifestar su potencial y capacidad masculina laboral. Estas contradicciones las hemos identificado en las mujeres entrevistadas, pero en términos de un conflicto ético. Experimentan el choque entre las prerrogativas de una disposición ética orientada hacia el cuidado, que implica situar como necesidades centrales las de las demás personas, y al mismo tiempo una disposición ética hacia la provisión, donde la centralidad en la acción se otorga a la consecución de objetivos, la finalidad es la obtención de algo, con escasa atención al impacto que tiene sobre los demás las propias actividades. Estas disposiciones tan contradictorias implican una fuente de malestar intenso para las mujeres entrevistadas. Un malestar difícil de gestionar que dibuja el contexto de emergencia del DC/FM. Uno de los ámbitos por excelencia de este conflicto es cómo ejercer la maternidad dadas las condiciones profesionales actuales para su desempeño. Significa enfrentarse al conflicto ético de no ser la madre que se espera según el mandato social sexista vigente, que exige una profesionalidad ciega al cuidado cuyos costes empiezan por la soledad.

6. Del contexto de vulnerabilidad al diagnóstico psicosocial de género

Creemos que malestares emergentes en la crisis global actual, como es el caso del DC/FM, necesitan de un abordaje innovador, y a la vez proporcionan una oportunidad de

renovar la producción de conocimiento sobre la salud psicológica y el bienestar. Sin embargo, estos malestares acaban siendo absorbidos mayoritariamente por las ciencias biopsicomédicas y su respuesta medicalizadora y farmacológica. La consecuencia, como señala Luz (2011), es que el conjunto de conflictos sociales y subjetivos generados por la organización contemporánea, susceptibles de formularse en términos sociales y políticos, se capturan en términos de salud pública. Lo que nos conduce al reto de averiguar y desvelar en qué grado y de qué manera la naturaleza de este proceso medicalizador actúa como *proceso de control social y de biopoder* (Bruce, 2007; Foucault, 1977-1982).

6.1 La metodología del diagnóstico psicosocial de género: el estudio de caso del dolor cronicado

Atendiendo al marco teórico crítico esbozado, las investigaciones que se enmarquen en él necesitan de una metodología y de un método que nos permitan, a la vez: *a)* dar cuenta de las dimensiones implicadas en este nuevo sujeto del DC, y *b)* presentar los resultados vinculando y articulando las dimensiones de la construcción/producción del cuerpo con DC.

Desde la escuela de *sociología clínica* francesa, con autores como De Gaulejac, el uso de las metodologías cualitativas, de los relatos de vida concretamente, se nos presenta no solo como una metodología adecuada para cualquier investigación de carácter psicosocial, sino, al mismo tiempo, adecuada a las preguntas y cuestiones que desde las ciencias sociales y psicológicas nos hacemos sobre las llamadas *patologías clínicas* (De Gaulejac, Rodríguez y Taracena, 2006). ¿De qué manera la emergencia de una enfermedad crónica en una época y lugares determinados se vincula con ciertas formas institucionales de este contexto de emergencia? ¿Cómo intervienen estas formas en la constitución de un cuerpo con DC? ¿Qué relación hay entre estas formas institucionales, las estructuras sociales, las subjetividades implicadas, las estructuras y representaciones psíquicas y el cuerpo afectado? ¿Qué correspondencia hay entre la dinámica del cuerpo y la dinámica social? Y al revés, según la pregunta de Michel Foucault en la *Microfísica del poder* (1979): ¿de qué manera el poder atraviesa los cuerpos? Una de las premisas de estas cuestiones es que los sujetos no solo somos un producto de la historia, sino que, al mismo tiempo, somos sujetos con historicidad, con agencia, y dentro de una búsqueda incesante por llegar a ser sujeto en el mundo, lo que nos permite mostrar la pertinencia analítica del uso de los relatos de vida como primer paso en la búsqueda de contenidos psicosociales sobre la FM/DC. La razón es que hablamos de sujetos que se relacionan con el mundo en términos situados, dentro de un continuo fenomenológico que va de la experiencia individual al mundo social y viceversa.

Los relatos de vida son una puerta de entrada a las siguientes cuestiones: a) cómo y con qué contenidos se ha incorporado la historia en la experiencia individual para acondicionarla; b) cuál es la novela familiar y la construcción de los ideales del yo; c) cuál es la dinámica psíquica en tanto mecánica de fijación y búsqueda de la condición de sujeto dentro de la realidad objetiva; d) cuál es la gramática de los cuerpos como mecánica correspondiente. He aquí, en esta última instancia, una de las claves más importantes en la articulación de los ejes que determinan nuestra mirada.

Sin embargo, la propuesta de De Gaulejac y Taracena no desarrolla la producción de un metarrelato, un producto que pueda convertirse en un diagnóstico alternativo al hegemónico en el ejercicio de la praxis médica. La especialización del conocimiento científico en nuestra sociedad nos ha hecho vivir dentro de la fantasía del cuerpo mecánico como algo independiente de nuestra vida psíquica y social, y viceversa. Sin embargo, atendiendo a los enunciados epistemológicos anteriores, partimos de otra premisa: la fisiología del cuerpo humano, en las diferentes vertientes de que forma parte, se estructura para vivir, pero, al mismo tiempo, esta articulación estructural se encuentra en interacción con las estructuras psíquicas y sociales. El resultado es que podemos hablar de un cuerpo con una *gramática vital*, en oposición a la noción de mecánica aislada, que responde a la sujeción de la persona en el mundo, al mismo tiempo que produce la persona dentro de este mundo. Una biografía inscrita en el cuerpo, a modo de memoria, y una gramática del cuerpo, que asegura la continuidad de esta persona dentro de este mundo de relaciones. Esta doble dimensión, evidentemente, es de carácter selectivo, y he aquí donde interviene el poder. Pero un cuerpo con DC es un cuerpo *performativo* como cualquier otro. Nosotras, mediante la elaboración del DPG, hemos querido captar el mundo psicosocial en las «tramas» de estos cuerpos con DC, y hemos integrado los resultados dentro de un corpus de diagnóstico psicosocial. Es por esta razón por la que los *diagnósticos psicosociales* que resultan de esta investigación deben entenderse, a la vez, como un metaanálisis y como una herramienta para la intervención biopsicosocial en el campo de la FM/DC, que, historizando el malestar del sujeto, contribuye a reducir la cosificación del diagnóstico convencional. Mientras la captura e interpretación de las formas y regularidades del mundo biopsicosocial, y su organización en categorías, nos asegura la presentación de los resultados en términos dinámicos, su devolución a las personas afectadas como metarrelato de su historia individual busca la producción de resonancias, reflexiones y reflexividad. Sin embargo, al ser las dinámicas implicadas de diferente tipo (biopsicosocial), el ejercicio de reflexión que pretendemos con la herramienta de los diagnósticos no se basa en una creencia en la omnipotencia del yo para controlar y cambiar todos los procesos, tanto físicos como psíquicos y sociales; tampoco, evidentemente, en el carácter incontrolable y biológico de las dinámicas corporales, sino, precisamente, en la presentación de su experiencia

como situada y, por tanto, contingente, lo que abrirá las posibilidades para contribuir a la reelaboración del sufrimiento por parte de las personas afectadas (Pujal i Llombart y Mora, 2009).

La construcción de un instrumento de metodología de análisis ha sido capital para nuestra investigación. Proponemos y construimos una herramienta concreta para poder trabajar la FM/DC desde el modelo de análisis de los determinantes psicosociales de género en salud o enfoque de género en salud (Velasco, 2009), que hemos denominado el *diagnóstico psicosocial de género*. El análisis de los relatos de vida mostró la existencia de regularidades dentro de las dimensiones analizadas y también entre ellas. Este análisis preliminar, consecuentemente, nos llevó a pensar en la noción de *dinamismo* del DC, como descripción no solo de las diferentes dimensiones y mecánicas asociadas a la FM/DC, sino, además, de las interacciones entre estas mismas dimensiones. Una pregunta metodológica central ha sido cómo captar esta dinámica del DC.

6.2 Interconexiones entre subjetividad, género y cuerpo en un proceso de dolor cronificado

A partir de lo expuesto, presentamos una nueva herramienta metodológica, el DPG, inicialmente circunscrita al ámbito de la FM/DC (no obstante, en desarrollos posteriores puede circunscribirse a otros ámbitos u objetos de estudio), que tiene como objetivos: *a*) dar cuenta de las diferentes dimensiones implicadas en este nuevo sujeto (en nuestro caso del DC) que desplaza al sujeto binario dividido (cuerpo-mente), el cual se corresponde con el modelo biopsicomédico; *b*) dar cuenta de la articulación biopsicosocial dinámica en la construcción/producción de un cuerpo con DC que se aleja del cuerpo mecánico y pasa a ser un cuerpo *performativo* con una «gramática vital», y *c*) visibilizar la influencia del dispositivo de poder de género (Pujal i Llombart y Amigot, 2010) en este sistema.

Los diagnósticos que conforman el análisis que hemos llevado a cabo en la investigación sobre FM/DC los hemos elaborado a partir de la aplicación de los fundamentos teóricos indicados en los párrafos anteriores y mediante una reconstrucción narrativa del relato de vida producido en entrevistas en profundidad. Los relatos de vida se han construido cada uno a través de dos entrevistas en profundidad (de duración aproximada de dos horas) a personas con diagnóstico clínico de FM.

Presentamos a continuación, como ejemplo, el *diagnóstico psicosocial de género* de María (nombre modificado, mujer de 46 años que no pertenece a ninguna asociación de personas afectadas). Como veremos, dicho diagnóstico va encabezado y acompañado por breves citas textuales significativas del relato de vida, a las que sigue la siguiente estructura: se inicia con una descripción del estado de bienestar/malestar presente y de las acciones llevadas a cabo en torno a este; después se elabora una reconstrucción

narrativa de la dinámica e interacción biopsicosocial y de género a partir del relato de vida, con el objetivo de captar y entender la dinámica y función del DC. Y acaba con alguna pincelada con relación al horizonte de vida de la persona. Los veinte diagnósticos psicosociales de género elaborados dan cuenta de una heterogeneidad y diversidad importante, sobre todo con relación al grado de transformación de la posición subjetiva y de género, en el transcurso del proceso de evolución o de recuperación de las personas entrevistadas. En este caso presentamos como ejemplo el caso de María, que se caracteriza por mostrar una evolución significativa, aunque vulnerable, desde una posición de malestar a una de relativo bienestar; no es el proceso de transformación subjetiva más frecuente que hemos encontrado en el análisis realizado en este estudio, puesto que se dan bastantes procesos de cronificación o de empeoramiento del malestar a través del transcurso del tiempo de vida.

6.3 El diagnóstico psicosocial de género de María

Debía hacer más, debía hacer más..., siempre debía hacer más.

Tu mente, que te está diciendo “no puedo, no puedo”. Y tú, venga, sí, continúa, “no puedo, no puedo”; continúa; no puedo, pero continuo....

Estaba... comida, comida... consumida totalmente.

María tiene 46 años, hace siete u ocho que empezó a tener dolores. En el momento presente el dolor ha menguado y se siente cada vez mejor. Actualmente no sigue ningún tratamiento farmacológico y durante los años de más intensidad del dolor no ha estado excesivamente medicada. Su proceso de mejora y bienestar se ha centrado en dinámicas de administración del dolor a través de varios cursos en psicología de la Gestalt, donde uno de los elementos centrales ha sido aprender a interpretar lo que el propio cuerpo expresa y tomar las decisiones adecuadas para darle respuesta. Se muestra, en la forma como administra el dolor, no como un mero objeto del dolor, ni como alguien que actúa de forma reactiva a las crisis del cuerpo dolorido, sino que introduce el deseo y la voluntad en las decisiones que debe tomar para enfrentar los momentos más críticos del dolor. Se encuentra, como ella misma dice, feliz, con sus altibajos, tras un largo e intenso proceso de transformación de sus prioridades vitales. Dice que administra el dolor a través de la dieta, de refuerzos vitamínicos preventivos, de descansar y dormir de manera regular, y de comer, en un horario estable, productos bien hechos y equilibrados.

María se ha ajustado a la enfermedad, y ha tomado un papel activo hasta el punto de releer las limitaciones de la enfermedad en un sentido bastante diferente a quien no la acepta. En su discurso no aparece ni la lamentación por el dolor, ni la necesidad

de repetir qué dolor sufre. Se intuye que todavía sufre episodios, pero en su relato el dolor no es central en sí mismo. Se centra en las vías que tiene para afrontar la enfermedad y cómo se adapta desde una actitud activa. Es decir, para María lo central es, en primer lugar, aceptar la enfermedad, interrogarse sobre aquello que le ha traído hasta ella y después ver qué elementos pueden ayudar a menguarla. Esta forma de afrontar la enfermedad le permite, según nos explica, delimitar el alcance del dolor en la experiencia vital y temporal. Las recaídas, la forma en cómo denomina los episodios más intensos de dolor, que cada vez se espacian más en el tiempo, quedan delimitados en la experiencia del tiempo presente, y se experimentan como un fenómeno normal dentro de un proceso de curación largo y costoso. Aunque no afirma que la enfermedad se puede curar plenamente, manifiesta que puede mejorar mucho y que se pueden lograr unos niveles de bienestar bastante aceptables; lo que no significa lograr el ritmo de vida anterior. De hecho, interpretamos que este es el problema más frecuente en muchos procesos de recuperación de otras personas entrevistadas para este estudio, pues lo que mueve al sujeto es el anhelo de recuperar la vida que tenía tal y como era, es decir, el de estar en un proceso que mezcla la nostalgia de un tiempo omnipotente de actividad y la melancolía de un futuro que se espera libre de todo dolor. Parecería, pues, que una llave del proceso de mejora es precisamente el de replantear las prioridades vitales que se tienen y a una misma.

El diagnóstico de FM, inicialmente, llega a María a través de comentarios de la vida cotidiana, a partir de una conocida que le habla de una persona con diagnóstico de síndrome de fatiga crónica y de FM. Es el primer momento en que ella adopta una etiqueta biomédica para el padecimiento que tiene desde hace tiempo, y ya después, en el transcurso de una travesía de pruebas médicas y de medicaciones para distintas y constantes dolencias, como por ejemplo insistentes infecciones, gripes, etc., en una visita al Hospital Clínico le diagnostican que tiene FM, ya desde una posición profesional médica.

María es una mujer con un hijo de 11 años a cargo, divorciada (etapa vital de la que no nos habla). Hasta que la enfermedad se empezó a manifestar de forma intensa era directora comercial de una empresa de publicidad. Su dedicación tanto al trabajo como a la vida familiar era de una exigencia muy intensa, hasta el punto de quedar ella desdibujada. El modelo sociohistórico de género en el que se identificaba es el modelo de transición de género. De hecho, señala que era muy perfeccionista en el trabajo y sentía que, al mismo tiempo, era el centro de la unidad doméstica, acentuado por el hecho de ser la principal provisora de la unidad familiar (sigue siéndolo actualmente, aunque recibe la pensión por el hijo). Se combina, pues, una exigencia muy intensa al ser una buena profesional, una buena madre y, por lo tanto, una buena productora de cuidados.

Estos aspectos parecen indicar la necesidad de sentirse reconocida, aspecto que María manifiesta de forma explícita. La sobreexigencia, por parte de María, pasa por darse demasiado a los otros, en busca de un reconocimiento que no siente. Se trata de una disposición subjetiva hacia el otro, hacia atender sus necesidades, pero con la particularidad de no expresar abiertamente los propios sentimientos y los propios intereses ni desazones, sino de esconderlos:

M: Claro, y de entrada, yo, como ejemplo personal, soy una persona que he tenido que aprender a quejarme porque era de quejarme muy poco, ¿no? Y pienso que también puede ser otra característica de nuestra personalidad, ¿no? [...] La rabia es una emoción particularmente inhibida por este tipo de persona afectada. Mmm... mucha rabia contenida, mucha rabia que, además, (por mí, eh? siempre por mí), tiene relación con el hígado. Es decir, la rabia contenida la sufre el hígado [...], cualquier tipo de dolencia en el hígado provoca cansancio. [...] Por no estar enfadado con los otros estás enfadado contigo [...]; mucha dificultad para expresar rabia.

Quizás donde queda mejor expresado que la disposición hacia el otro supone una búsqueda de reconocimiento es en la relación que María establece entre egoísmo y cuidado (atender a los demás):

M: Bueno, es que el egoísmo es algo absolutamente necesario. Lo que pasa es que está mal visto, por personas de mi perfil está muy mal visto. A mí me costó mucho reconocer mi egoísmo [...], todo por los otros... pero en el fondo... no te estás cuidando tú... Con lo cual, si tú estás mal los otros también estarán mal [...], quieras o no, siempre te enfadas. Y te queda una frustración dentro, «yo he dado, he dado... y no he recibido», ¿no?

La disposición al otro en este contexto tiene la particularidad de ser un ideal que seguir muy exigente, una disposición normativa muy rígida y ciega a las propias necesidades. No se trata de una disposición pragmática, donde la persona se puede separar incluso de forma cínica. Es un principio rector que puede llegar a desdibujar a la persona. El yo, en estas condiciones, es muy mínimo. En este sentido, la necesidad de reconocimiento nos señala un yo frágil y precario, que en el caso de María se ha transformado a partir del malestar:

M: Entonces, el perfil ya es de personas muy condicionadas por la opinión de los otros, con lo cual, qué pensarán los otros si yo me enfado... Ya hay un miedo a manifestar un enfado [...] Es que no eres consciente ¿eh? de que lo sufres tú mismo... No, las emociones a veces están... uff... tan al fondo tan al fondo que ni las notas, ¿eh? Pero están. Y... después, también lo que puede pasar es que haya explosiones descontroladas, porque evidentemente la rabia sale de una u otra forma. Sale hacia ti mismo, pues comiendo superrápido, comiendo mal, no cuidándote la salud, fumando mucho...

castigándote de alguna manera, ¿sabes? Eh... mordiéndote las uñas, eh... arrancándote costras o arrancándote granos. [...] En ninguna parte se saca asertivamente cuando está, asertivamente quiero decir sin hacer daño a nadie, simplemente mostrando lo que te pasa a ti, ¿no? [...] esto también tiene mucho que ver con relaciones de maltrato o de violencia doméstica (silencio), y aquí hay una rabia contenida muy bestia. Quiero decir, una persona que haya vivido una relación sentimental de maltrato psicológico o de maltrato de violencia doméstica pues se ha tenido que tragar mucha rabia porque, claro, hay miedo, ¿no? Hay miedo al enfrentamiento, hay miedo a lo que te puedan hacer, entonces sacas mucha rabia, ¿no?

La exigencia en el trabajo y en las responsabilidades familiares de María tiene su origen en la niñez, en el modelo social de género tradicional de su familia. Tiene seis hermanas y hermanos más, y cuenta que cuando ella sentía que su madre la debía cuidar, era la madre quien le pedía lo contrario: que cuidara ella a la madre. María vincula la emergencia de este sentimiento y mandato de autoexigencia en su relación con la madre y con el padre. En especial, la autoexigencia vivida dice que tiene que ver con cumplir correctamente el mandato normativo, según el cual la madre y el padre la etiquetan como alguien muy avispada que llegará muy lejos. Su relación con la madre lo reafirma, en ella no hay confirmación, sino falta de reconocimiento, y mucha exigencia que nunca será satisfecha, seguramente por proyección de deseos propios de la madre no cumplidos. El yo es maltratado, encogido, prisionero de un mandato normativo inalcanzable y sin límites. Y con respecto al padre, que es muy distante, para acercarse a él, previamente había que ganarse el derecho a hacerlo. Se trata de otra variante de orfandad, propia del modelo de género tradicional:

M: Sí, de pequeña sí... Como era la más inteligente de mi casa, que éramos siete... Lo que ya era... ser la más inteligente de siete. Yo debía hacer algo con todo esto... Incluso no hace tantos años, eh?, que mi madre me decía: «Ay! tanto que parecía que ibas a hacer... y en el fondo no has hecho nada» (ja ja). Me dijeron... que tengo una madre machacona... que esto también quizás es bastante común. Aquello que te decía, una madre que me ha hecho sentir muy especial por una parte, y por la otra, me ha machacado mucho, ¿no? Me ha criticado mucho...

En síntesis y a nivel contextual, la posición subjetiva de María emerge de una combinación del modelo de género en transición propio de la familia actual y el modelo tradicional de la familia de origen.

Los crecientes dolores y fallas orgánicas la conducen a una crisis vital, a interrogarse sobre su trabajo, sobre el sentido, sobre las prioridades. Dice que todas estas señales no las había interpretado en el sentido adecuado durante bastantes años, hasta que se da cuenta de que algo no está bien y decide, antes de acabar hospitalizada, tomar la iniciativa y enfrentar la situación vital y los dolores que sufre. En su relato, manifiesta

una elaborada reflexividad sobre qué es lo que le ha sucedido, dándose cuenta de que era ciega y sorda al cuerpo, y más específicamente a la interrelación entre cuerpo, mente, emociones y mandatos familiares.

Fruto de su crisis vital, comienza a surgir un yo emergente reconstruido, poco presente antes de los síntomas de malestar. La pregunta es ¿por qué? Una respuesta posible es precisamente el momento en que decide actuar: María lo hace antes de hora, es decir, antes de ser tragada completamente por la enfermedad, probablemente porque su yo era ya, de entrada, más firme, no lo suficiente para evitar entrar en la enfermedad, pero lo bastante fuerte para salir de ella, aspecto que estaba mucho menos claro en otras personas entrevistadas. No lo era suficiente, en tanto que se sentía empujada en muchos aspectos de su vida a la búsqueda permanente del reconocimiento, pero a la vez era un yo con fuerza para poder decidir, por ejemplo, el dejar el trabajo antes de que la situación fuera a peor. Y un indicador de la fortaleza de su yo fue dejar el trabajo sin cobrar ni paro ni tener una baja (la empresa no le arregló los papeles y aun así decidió dejarla). Durante un año se centra en recuperarse, en reposar. Dejar el trabajo le supone, aparte de vivir de los ahorros y, por lo tanto, consumirlos, buscar posteriormente trabajos menos remunerados que no la satisfacen, hasta que decide hacerse terapeuta de la Gestalt. Este cambio vital implicó pasar a ganar tres veces menos de lo que ganaba en el trabajo de directora comercial. Pero fue su decisión y se siente feliz de haberla tomado: «Iba aprendiendo a estar mucho más conectada conmigo misma, con mis necesidades».

Por otro lado, antes de hacer los cursos como terapeuta de la Gestalt, se percató de que algo especialmente significativo para ella ocurre en la relación con su hijo: señala que, en una ocasión, tras mucho batallar, el hijo consigue que ella le compre un móvil, y el hijo le dice que al menos así ya sabrá dónde está su madre y podrá cuidarla. Este episodio a ella la afectará particularmente, pues la conectará con lo mismo que ella sentía cuando era una criatura como su hijo. Parecería que también el hijo estaría en una posición de excesiva disposición hacia el otro, a hacer aquello que no le atañe. Actualmente, señala que la relación con su hijo ha cambiado mucho, pues antes tenían bastantes problemas y, a raíz de que ella ha cambiado a lo largo del proceso de la enfermedad, la relación con el hijo ha mejorado mucho, hasta el punto de que algunos dolores han desaparecido a medida que mejoraba la relación entre los dos.

Desconocemos si su mejoría responde directamente a los efectos de las terapias de la Gestalt, pero sí podemos afirmar que la posibilidad de modelar el propio deseo, atendiendo a sus necesidades, podría haber tenido su impacto positivo. Porque hacerse terapeuta surge de una decisión propia, asumiendo el coste que implica, por lo que suponemos que las decisiones laborales tomadas anteriormente quizás cumplían más el deseo de un tercero, quizás de la madre, que el propio.

Y en términos de la influencia combinada de los distintos contextos de vulnerabilidad de género, tradicional y en transición, que habían situado a María en una posición normativa subjetiva de *sujeto de deseo del otro/a*, más que de *sujeto de deseo propio*, su evolución subjetiva hacia una posición más agente y de control de su vida suponen una transformación, no del todo consciente y parcial, del impacto subjetivo de dichos contextos de vulnerabilidad de género, vehiculados a través de la relación con sus padres, y de la demanda de un mercado de trabajo aparentemente más igualitario, pero en realidad muy desregulado y sexista y con unas condiciones de trabajo poco o nada conciliables con la vida familiar de las mujeres.

El proceso de transformación subjetiva del propio yo implica darse cuenta de cómo estaba desvinculada de sus propias necesidades, hasta el punto, por ejemplo, de no saber ni exigir sus propios derechos laborales. Por lo tanto, María se mueve en su proceso de mejora entre un anhelo de reconocimiento, que de vez en cuando aparece, incluso en el momento actual que ejerce como terapeuta, y el hecho de interrogarse de forma reflexiva sobre esta necesidad y resituarla en sus prioridades vitales.

María dice que ahora escucha mucho más su cuerpo, hasta el punto de que si debe descansar, lo hace, aunque sea toda la tarde, cosa, lo de quedarse en casa, antes impensable, y hasta hace retiros de silencio durante días, y los hace por placer y no como un castigo, pues le suponen bienestar. Pero el proceso de mejora es difícil. No es solamente un cambio de chip sin más. Indicadores del cambio que ha experimentado, de su reconstrucción de un yo más firme, los podemos encontrar, aparte de la reflexividad que expresa a lo largo de la entrevista, también en pequeñas afirmaciones, como por ejemplo al decir que es suficiente con su palabra para saber si está mal y en qué grado.

Así pues, atenuar el dolor pasa por introducir agencia en el establecimiento de los límites, no por ser mero objeto del dolor que te imposibilita de forma pasiva. Plantea la necesidad de ser capaz de asumir la enfermedad y decidir qué hacer y qué no, desde la propia agencia y no como efecto cotidiano del dolor. Significa, para María, pasar del «no puedo» al «no quiero», que significa, interpretamos, introducir el orden del deseo y de la voluntad frente al mandato normativo, relacionado con la sujeción y con las estructuras. Aun así, hay, en la posición subjetiva y discurso de María, un cierto reproche a los tiempos de igualdad. En este caso, emerge el discurso de que lo que hace falta es volver a definir los roles (implícitamente, de forma sexista). Parecería que se apuntara que el coste de la igualdad en las actuales condiciones no solo es una estafa, sino que te quita la salud. Y ante esto se produce un reclamo de regreso a un orden sexista tradicional. Parecería que la FM es al sexismo, como el hambre de quien se declara en huelga indefinida en el capitalismo.

En definitiva, María no se dejó convertir en puro objeto del dolor, empezó a interpretar y situar en su contexto las señales que el propio cuerpo le daba, los diversos

malestares corporales, biológicos, como por ejemplo el no ver bien con un ojo durante un rato al leer, tener dolores, etc., malestares que los médicos no sabían explicar... Interpreta demasiada carga y exigencia laboral y familiar en todos los sentidos, demasiada responsabilidad y peso, etc. En este punto, toma la decisión de dejar el trabajo antes de que ya no pueda seguir, aun cuando para ella el trabajo es un aspecto fundamental; sin embargo sentía a la vez que no era la vida que quería vivir.

En este punto se pregunta sobre el porqué de la vida que lleva, a diferencia de otras personas entrevistadas en las que dicha reflexividad no se expresa. Parecería que la reflexividad estaría relacionada con poderse recuperar, o estar en un proceso de mejora:

M: Me siento bien conmigo misma, me siento bien con mi vida, en paz... Y dentro de esto, tengo días muy malos, y tengo estados de ansiedad, pero muy consciente con la ansiedad, porque tengo que parar aquí, tengo que parar allá.

Esta posición más agente la hace crítica con la medicina convencional, que la considera ciega a los propios límites internos. De hecho, en lugar de reconocer los propios límites y señalar a las personas enfermas hasta donde sabe, y hasta donde puede ayudar, el modelo y el personal médico, nos dice María, se atreve a decir que aquello que desconoce es, en realidad, una enfermedad crónica sin curación. Para María, este es un mensaje muy negativo y demoleedor para quien recibe el diagnóstico. Un diagnóstico así es muy contraproducente y refuerza todavía más la propia enfermedad.

Paradójicamente, también señala que el diagnóstico que hace la medicina convencional tiene, al inicio, el efecto beneficioso para la persona enferma de investir de legitimidad a su persona y el dolor y malestar que sufre. Es más, ayuda a salir de la soledad y del silencio a quien sufre dicho malestar intenso, después de años de incomprendimientos y de ser menospreciada por expresar una enfermedad poco creíble, por parte del entorno de la persona afectada. Permite que la persona no se sienta aislada ni invisibilizada, sino que se pueda reconocer en otras personas que tienen la misma enfermedad y por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, el diagnóstico tiene a la vez un efecto victimizador, y al plantearse en términos de enfermedad crónica no curable, cualquier expresión de mejora es vivida, por quien no la tiene, como una grieta en el monolito del dolor irreversible, inalcanzable, ilimitado y difuso que caracteriza el discurso hegemónico sobre la FM. Y esta posición subjetiva, obviamente, hace de María un objeto de críticas, especialmente por parte de muchas de las mujeres asociadas alrededor de la FM; al respecto dice:

M: Tengo serios problemas de que si yo empleo la palabra *mejora* o *posibilidad de mejora*, es que se le cambia la cara [a quien la escucha y sufre la misma enfermedad] como de enojo [...] una resistencia muy grande a mejorar.

María representa claramente la necesidad de una posición subjetiva activa en la gestión del propio bienestar y placer, en la que no todo pasa por la medicina convencional y el personal médico. Según nos muestra a través de su discurso, se requiere, por una parte, una intensa reflexividad sobre una misma y sobre su propio malestar, y por la otra, una nutrida agencia para el cambio para poder dejar de ser objeto del dolor. Agencia que funciona como motor de transformaciones subjetivas y de vida, a diferentes niveles: laboral, relacional, de relación consigo misma, etc.

Por otra parte, en el relato de vida de María surge una importante paradoja con relación a su subjetividad y reflexividad. En él, la construcción de la rutina, y no tanto la toma de conciencia crítica y conexión emocional en relación con el impacto subjetivo de los contextos de vulnerabilidad de género interseccionales actuales, aparece como una herramienta fundamental para aumentar el bienestar; el seguimiento de unas rutinas bastantes estrictas y delimitadas de forma precisa en el tiempo y espacio es una de las estrategias no farmacológicas para afrontar la enfermedad. Dicha posición subjetiva de María resulta, cuando menos, paradójica, en el sentido de que la misma rutina y mandatos fijos han sido uno de los aspectos responsables que la han conducido a enfermar, como hemos visto a través de su crítica a una posición subjetiva excesivamente normativa, proyectada en el seno de las relaciones significativas en su infancia.

Esta paradoja formaría parte de las condiciones de posibilidad contradictorias de los tiempos de igualdad ambivalentes en los que vivimos en la sociedad contemporánea. Y ante dicha paradoja, deberíamos seguir atentas a la naturaleza vulnerable que atraviesa dicha posición subjetiva agente para el futuro de su bienestar/malestar, que María ha reconstruido, pero que lo ha hecho sin tomar del todo en consideración el impacto subjetivo de los contextos de vulnerabilidad de género que hemos visto que la envuelven.

7. Conclusiones: el enfoque de género en salud en el análisis del dolor cronicado

Los diagnósticos se pueden describir como metarrelatos de los relatos de vida, que a modo de tejido van cosiendo las diferentes variables hasta describir un continuo fenomenológico que va del cuerpo al mundo social y vuelve, pasando cada vez por puntos de conexión y fijación a la realidad, de cariz subjetivo. Para finalizar, presentamos muy brevemente los aspectos transversales que han surgido a través de los veinte diagnósticos realizados (quince mujeres y cinco hombres afectados) en la investigación sobre FM/DC. Los diagnósticos psicosociales de género elaborados nos muestran una vivencia del DC como *inhabilitante*, la cual se conjuga con tres ejes transversales:

Cuerpos perdidos en la actividad perpetua: La trayectoria vital de un cuerpo en actividad *perpetua* no solo con respecto a la actividad fisiológica en general, sino un cuerpo ilimitado en la *performatividad* de un rol femenino, que, debido a la inconmensurabilidad de los mandatos normativos de este rol dentro de los múltiples contextos que se habitan en tiempos de igualdad (trabajo, casa, formación, consumo...), se torna ambivalente. Hablamos, pues, de un cuerpo en busca perpetua de confirmación de su actividad, dentro de escenarios y mandatos ambivalentes (trabajo y casa, formación, consumo...), lo cual conduce a la ambigüedad de la identidad, es decir, a la negación de la validez de la confirmación dentro de un escenario, por parte del otro, y por lo tanto, motoriza esta dinámica ilimitada de un cuerpo con DC en actividad perpetua y contradictoria. Paradójicamente, parece como si el DC/FM fuera, para este cuerpo, su posibilidad de limitarse, de detenerse.

Un yo vulnerabilizado: Esta dimensión corporal de la DC/FM encuentra un correspondiente psíquico, que tiene que ver con la imposibilidad de un yo que gestione la ambivalencia de roles en la búsqueda de la condición de sujeto dentro de este contexto múltiple que habitan las mujeres contemporáneas (Velasco 2009, Pujal i Llombart 2006). Por lo general, se trata de un yo que se sujeta enconadamente (irritado, exasperado) al mundo mediante una norma, un ser o ideal de mujer trabajadora/cuidadora que, al confrontarse a las condiciones objetivas de inconmensurabilidad de los distintos establecimientos o espacios, es un yo que no encuentra la confirmación de su condición, un yo perdido que se culpabiliza y castiga por este hecho, un yo que se encuentra perdido en la ambivalencia y en la búsqueda inacabable de sí mismo. Un dinamismo psíquico que, mientras dibuja/traduce sobre el yo una mecánica normativa, permite la filtración y dinamización inconsciente de los conflictos de la ambivalencia. En este sentido, mientras la normatividad de los ideales de mujeres se proyectan en el cuerpo a modo de necesidad ilimitada de *performatividad* de la actividad correspondiente al rol, el inconsciente proyecta sobre el cuerpo la dinámica de los conflictos (Bayo-Borrás, 2003).

La desigualdad en la igualdad de género: La cartografía social, la novela familiar y las condiciones de vida de estas personas nos alertan, pues, sobre la organización social de este cuerpo dolorido. Como si se tratara de la representación del universo proyectada sobre la máquina del reloj, el cuerpo con DC/FM contiene la memoria de un mundo de fenómenos que se pueden organizar de la siguiente manera (aunque no todos los DPG del DC los contienen todos, estos se van repitiendo de manera parcial, a través de ellos): a) el mundo del máximo cuidado maternal; b) el mundo del abandono familiar; c) el ideal de la mujer en el cuidado/provisión; d) el mundo de la desconfirmación familiar (pareja, hijos e hijas); e) el mundo de la desconfirmación laboral; f) el mundo de la desconfirmación social (amigos y amigas, etcétera); g) la medicalización

de la vida y la constitución anhelada del ser en la enfermedad; h) la medicalización de la vida y la cronificación del dolor; i) el mundo de los «tiempos de igualdad» como sistema omnicompreensivo.

A nuestro parecer, a diferencia del enfoque biopsicomédico, el enfoque de género en salud nos permite desenmascarar el impacto de los factores culturales, sociales y subjetivos, y su mutua interacción dinámica, sobre la vida y la experiencia de malestares emergentes como el DC. En este sentido, la aplicación de la metodología del DPG al objeto del DC cuya pregunta central ha sido cómo captar la dinámica de la subjetividad del DC, suspende el proceso de captura biopsicomédico de dicho malestar al interior de categorías clínicas, cerradas y reduccionistas como la de FM, que conducen mayoritariamente a medicalizar la vida y enquistar el dolor. En este análisis, hemos visto que la influencia del dispositivo de poder de género (Pujal y Amigot 2010) y los procesos de subjetivación de género que este produce han sido centrales como factores psicosociales determinantes de malestar. Proponemos, pues, el DPG como herramienta útil en las ciencias de la salud para analizar e integrar las intersecciones entre la subjetividad, el género y el cuerpo con relación a la salud, y también como alternativa a la biopsicomedicalización de la vida y la patologización de la feminidad y la vulnerabilidad en general que se dan hoy en día. Malestares emergentes y procesos contemporáneos de encapsulamiento, que son facilitados (ambos), por una parte, por un contexto cultural e histórico ambivalente, marcado por una formal y omnipresente retórica de la igualdad que oculta la interacción y vigencia de antiguos y renovados modelos sociales de género androcéntricos. Y por la otra, por una organización social global y neoliberal repleta de violencias estructurales simbólicas y materiales que han aumentado de forma exponencial el sufrimiento evitable, medicalizándolo a través de un ejercicio de control social y de biopoder. En este sentido, apuntamos la pertinencia de aplicar el enfoque de género en salud y la metodología del DPG a otros malestares y dolencias emergentes en la sociedad contemporánea para desmedicalizar la vida y retomarla en su multidimensionalidad.

8. Referencias

- ARRUDA-LEAL, A. (2011). «La experiencia de subjetividad como condición y efecto de los saberes y las prácticas psicológicas: producción de subjetividad y psicología.» *Estudios de Psicología, Número monográfico: La subjetividad ¿al margen?* November 32, 359-374.
- BARKER, Kr. (2005). *The Fibromyalgia Story. Medical authority and women's worlds of pain*. Philadelphia: Temple University Press.

- BAUMAN, Z. (1992). *Mortality, Immortality and other life strategies*. Stanford: Stanford University Press.
- BAYO-BORRÁS, R. (2003). «Cuando no hay palabras para decirlo, hay un cuerpo para expresarlo.» En *Salud de las mujeres*. Red de Médicos y Profesionales de la Salud 39, 91-99.
- BRUCE, B. (2007). «Biopolitics and the molecularization of life.» *Cultural Geographies* 14, 6-28.
- BUTLER, J. (2001a). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Madrid: Cátedra. 1990.
- BUTLER, J. (2001b). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra. 1997.
- BUTLER, J. (2001c). «La cuestión de la transformación social.» En E. BECK-GENSH-EEIM, J. BUTLER, L. PUIGVERT. *Mujeres y transformaciones sociales*. Barcelona: El Roure.
- BUTLER, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós. 2004
- DE GAULEJAC, V.; RODRÍGUEZ, S.; TARACENA, E. (2006). *Historia de vida. Psicoanálisis y sociología clínica*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.
- DE VOGLI, R. (2011). «Neoliberal globalisation and health in a time of economic crisis.» *Social Theory and Health* 9, 311-325.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité, I: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1977). «Le jeu de Michel Foucault.» En FOUCAULT, Michel: *Dits et Écrits*. Paris: Gallimard, 140-160. 1994.
- FOUCAULT, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.
- FOUCAULT, M. (1982). «The subject and the power.» En H.L. DREYFUS y P. RABINOW (eds.) *Michel Foucault. Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago, 208-226.
- GARCÍA-BORÉS, J. (2011). «La subjetividad, sin más. Concepto e implicaciones epistemológicas e interventivas.» *Estudios de Psicología, Número monográfico: La subjetividad ¿al margen? November 32*, 321-332.
- GONZÁLEZ-REY, F. (2011). «Lenguaje, sentido y subjetividad: yendo más allá del lenguaje y el comportamiento.» *Estudios de Psicología, Número monográfico: La subjetividad ¿al margen? November 32*, 345-357.
- IZQUIERDO, M.J. (2003). El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? *Intercambios. Papeles de psicoanálisis* 10, 70-82.
- LUZ, T.M. (2011). «El desafío de la salud en las ciencias sociales: el caso de Brasil.» *Política y sociedad* 48, 313-327.
- MONTESÓ, P. (2014). «La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres.» *Comunitaria: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales* 8, 105-126.

- MONTESÓ, P.; FERRÉ GRAU, C.; MARTÍNEZ QUINTANA, V. (2010). «La fibromialgia: más allá de la depresión». *Revista ROL de enfermería*. 33, 20-26.
- MOORE, R.J. (ed.) (2012). *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course*. Rockville: Springer.
- MORA, E. (2003). «La construcción de subjetividades fragmentarias de clase. Un ejemplo.» *Athenea Digital* 3, 36-62.
- MORA, E. (2005). «Patriarcado, capitalismo y clases sociales.» En J. GIRO, *El género quebrantado. Sobre la violencia, la libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio*. Madrid: La Catarata, 143-181.
- MORA, E.; PUJAL I LLOMBART, M. (2010). «Los conceptos de cuidado, provisión y servicio como herramientas de análisis de las relaciones de género. Una propuesta teórica.» *Comunicación X Congreso Español de Sociología*, Pamplona, 1, 2, 3 de julio de 2010.
- NUSBAUM, M.; AMARRITA, S. (comp.) (1996). *La calidad de vida*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- OLIVÉ, M.C. (2012). *Els significats de l'experiència viscuda per persones amb Fibromialgia Una mirada des de la Infermeria*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- PALOMINO, P.; GRANDE, M.L.; LINARES, M. (2014). «La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI.» *Revista Internacional de Sociología* 72, 71-91.
- PUJAL I LLOMBART, M. (2006). «Vulnerabilidad, sujeción e identidad de género. Espacios para la resistencia feminista.» *Sinergias Invisibles: III Jornadas sobre violencia de género y VIH de Creación Positiva*, Madrid, 28 noviembre.
- PUJAL I LLOMBART, M.; MORA, E. (2014). «Subjectivity, health and gender: an approach to chronified pain through the Psychosocial gender Diagnostic methodology.» *Studies in Psychology* 35, 212-238.
- PUJAL I LLOMBART, M.; AMIGOT LEACHE, P. (2010). El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo. En M. PUJAL I LLOMBART, S. GARCÍA DAUDER (eds.). «Monográfico: Desigualdades de género en “tiempos de igualdad”». Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s.» *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology* 12, 131-148.
- PUJAL I LLOMBART, M.; AMIGOT LEACHE, P. (2015). «Desmedicalización de la experiencia de dolor en mujeres: usos de plataformas virtuales y procesos de agencia subjetivo.» *Universitas Psicológica* 14, 1551-1568.
- PUJAL I LLOMBART, M.; MORA, E. (2013). «Trabajo, dolor y su diagnóstico psicosocial de género. Un ejemplo.» *Universitas Psychologica* 12, 1181-1193.
- PUJAL I LLOMBART, M.; GARCÍA-DAUDER, S. (2010). Hacia una psicología más igualitaria y transdisciplinar. En M. PUJAL I LLOMBART, S. DAUDER (eds.). «Monográfico: Desigualdades de género en “tiempos de igualdad”. Aproximaciones

- desde dentro y fuera de la/s psicología/s.» *Quaderns de Psicologia. International Journal of Psychology* 12, 7-20.
- PUJAL I LLOMBART, M.; MORA, E. (2009). «Aproximación al cuerpo fibromiálgico como respuesta ambivalente a una poliviolenencia de género.» *Actas de I Congreso Internacional sobre género: la cultura en el cuerpo*. Elx (España) 11-13 noviembre.
- PUJAL I LLOMBART, M.; ALBERTÍN CARBÓ, P.; MORA, E. (2015). «Discursos científicos sobre el dolor cronicado sin-causa-orgánica. Incorporando una mirada de género para resignificar-repolitizar el dolor.» *Política y Sociedad* 52, 921-948.
- RAMOS, J. (2004). «Fibromialgia: ¿la histeria en el capitalismo de ficción?» *Revista Española de la AEN* 24, 115-128.
- Ramos J (2009). «La histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos. FM y SFC.» *Cuadernos de Salud Mental. Aproximaciones contemporáneas a la histeria* 12, 189-212.
- RIBA, C. (2011). «Sobre las consecuencias metodológicas de la aceptación de la subjetividad en las ciencias humanas.» *Estudios de Psicología, Número monográfico: La subjetividad ¿al margen?* November 32, 333-343.
- ROSE, N. (2001). «The politics of life itself.» *Theory, culture and society* 18, 1-30.
- RUIZ OLABÚENAGA JI, ISPIZUA MA (1989). *La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: U. Deusto.
- SÁNCHEZ-MORENO, I. et alii (2011). «La subjetividad desde el margen.» *Estudios de Psicología, Número monográfico: La subjetividad ¿al margen?* November 32, 313-320.
- SCHÖNGUT GROLLMUS, N.; PUJAL I LLOMBART, M. (2014). «Narratividad e intertextualidad como herramienta para el ejercicio de la reflexividad en la investigación feminista: el caso del dolor y el género.» *Athenea Digital* 14, 89-112.
- SOLAR, O.; IRWIN, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Genève: WHO Commission on Social Determinants of Health.
- SPINK, M.J. (2010) «Psicología social y salud: asumir la complejidad.» *Quaderns de Psicologia*, 10, 12, 23-39.
- TAYLOR, S.; BOGDAN, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- VALLS, C. (2008). «Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia.» *Anuario de Psicología* 39, 87-92.
- VELASCO, S. (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones.
- WILKINSON, R.G.; MARMOT, M. (eds.) (2003). *Los determinantes sociales de salud: los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabaco y fibromialgia

Francesc Abella Pons¹

1. Resumen

El consumo de tabaco está relacionado con la mayoría de problemas de salud que afectan a las personas que fuman, lo que genera un importante problema de salud pública. Se considera que casi la mitad de las personas que fuman fallecerán por este motivo. El tabaco es producto tanto de la historia como de las estrategias comerciales de una importante industria que hasta hace poco ha promocionado sus elaboraciones. La conducta de fumar es una mezcla de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El humo del tabaco contiene miles de sustancias químicas, entre las que sobresale la nicotina por su elevado potencial para generar dependencia física. Inhalar tabaco genera, a la vez, un importante refuerzo positivo al estimular el área de la recompensa del cerebro. Socialmente, hasta no hace mucho, fumar se ha venido considerando como una conducta de iniciación en la vida adulta por parte de los jóvenes.

Diversos estudios dan cuenta del efecto de la nicotina en el cerebro como un potente estimulante con capacidad relajante ante situaciones y ante estados físicos y emocionalmente dolorosos. Por repetición, la conducta de fumar puede derivar en hábito y adicción, y facilitar un estado de automedicación en la persona, que encuentra en los efectos del tabaco un estado tranquilizador. Esto sucede de manera importante en personas que sufren dolor. Siendo el consumo de tabaco aceptado y generalizado en nuestra sociedad, la persona que fuma no percibe totalmente el riesgo que posiblemente obtendría con otras sustancias ilícitas. En definitiva, podríamos afirmar que fumar produce un breve, pero perjudicial, beneficio a quien lo hace.

¹ Psicólogo Clínico. Coordinador de la Unidad de Tabaquismo. Hospital Universitario de Santa María. Lleida.

2. Introducción

El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte prematura por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad coronaria y cánceres de pulmón y de laringe (Ramírez-Venegas, 2004; Valdés-Salgado, 2005). El humo del tabaco perjudica tanto a quien lo consume directamente como a aquellas personas cercanas a él. Así, la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT) en nuestro medio supone un importante problema de salud pública, al que se atribuyen entre 1228 y 3237 muertes (López, Nebot, Sallés *et alii*, 2004; López, Pérez-Ríos, Schiaffino *et alii*, 2007).

Fumar es una conducta de indudable valor instrumental. Su uso, aparte de prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia, se convierte en un potente y eficaz regulador del estado de ánimo y del comportamiento. Estimula cuando se está aburrido, y relaja cuando se está tenso. Sus efectos son casi inmediatos, es manejable, es bien tolerado (todavía) socialmente (a pesar de la importante influencia de la actual Ley del Tabaco), su administración es compatible con la mayoría de actividades cotidianas, su uso se automatiza después de cientos de caladas-dosis diarias durante muchos años. Va acompañado de un ritual (abrir la cajetilla, extraer el cigarrillo, colocarlo en la boca, ofrecer, encenderlo, inhalar, sacar el humo, etc.) que adquiere pronto, por condicionamiento pauloviano, la capacidad de provocar, por sí mismo, los efectos buscados en el cigarrillo. No es de extrañar que, propiedades bioquímicas de la nicotina aparte, su potencial adictivo sea enorme, quizás más potente que el de ninguna otra droga (Moreno y Herrero, 2000).

En España fallecen anualmente más de 54 000 personas a consecuencia del tabaco (Banegas, Rodríguez, González, Graciani *et alii* 2001). El momento del inicio del consumo esporádico se establece en edades muy tempranas: la mayoría de personas toma contacto con el tabaco entre los 11 y 13 años (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012; Encuesta Andaluza de Salud, 2011), y también se consolida a temprana edad, de modo que al llegar a los 18 años un porcentaje importante de los futuros fumadores ya consumen cigarrillos habitualmente. En esta etapa vital se produce la consolidación de la personalidad, y con ella, la de estilos de vida más o menos saludables (Rojas, Soto, García *et alii*, 2014). A nivel mundial, se estima que el tabaco es responsable del fallecimiento de unos seis millones de personas cada año (Atusingwize, Lewis y Langley, 2015), de los que más de un tercio será a causa de algún tipo de cáncer (Banegas, Díez, Bañuelos *et alii*, 2011). Se estima que el 40 % de los fumadores morirá prematuramente por el consumo de tabaco si no dejan de fumar (Burns, 2005). La mitad de esas muertes se producen en personas de 35 a 70 años, y son, por tanto, prematuras, lo que origina una gran cantidad de años potenciales de vida perdidos (Villalbí y Nebot, 1998).

Esta realidad ha obligado a la implantación de diversas iniciativas tanto a nivel nacional como mundial. En España, la conocida Ley del Tabaco (de 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, que entró en vigor en enero de 2006, modificada en diciembre de 2010 y que entró en vigor en enero de 2011) ha sido bien aceptada por parte de la población (Galán y López, 2009). A nivel mundial, la firma del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en el año 2003 supuso un importante punto de inflexión en la lucha contra esta sustancia (Calvo, López, Rodríguez *et alii*, 2003).

Todas estas iniciativas, conjuntamente con el aumento de precios, la accesibilidad a los tratamientos de deshabituación, las restricciones del consumo en espacios públicos y las políticas de promoción de la salud están contribuyendo a los actuales descensos en los consumos de tabaco. Así, la prevalencia de tabaquismo en fumadores diarios en hombres descendió en casi un 1 % anual entre 2006 y 2012, mientras que en las mujeres descendió un 0,5% anual (Córdoba, 2015).

La reducción del consumo de tabaco se espera que evite, en una década, 500 000 enfermedades y 10 000 muertes prematuras (Díaz-Maroto, 2012). El efecto en la mejora en la salud de los fumadores es evidente. La reducción de la inhalación de cancerígenos, por ejemplo, tendrá impacto en las tasas de cáncer a largo plazo (Villalbí, 2016) o en la actual reducción ya observada de la incidencia del síndrome coronario agudo (Fernández, Dalmau y Galve, 2014).

En el pasado se consideró el tabaco como remedio para ciertas dolencias. Durante el siglo XIX todavía se creía que el tabaco «administrado, eso sí, por una mano útil, pues no es prudente tomar medicamento alguno sin que un médico lo haya recetado. Así se podía usar el tabaco en lavativas como excitante directo en la constipación, como revulsivo en apoplejía serosa, en fiebres soporíferas y en asfixiador sumersión (introduciendo humo en los intestinos), como estimulante directo del asma, los catarros inveterados, las disposiciones a la hidropesía pectoral, como diurético...» (García, 1881).

La realidad, la evidencia médica y años de consumo demostraron el error. En 1929 Fritz Lickint publicó la constatación estadística que relaciona el cáncer de pulmón y el tabaco. En 1939 se presentó el primer estudio epidemiológico al respecto elaborado a nivel mundial. En 1956 la OMS declaró que el tabaco es la principal causa previsible o evitable de muerte precoz.

3. ¿Qué contiene el tabaco?

La *Nicotiana tabacum* es una planta herbácea que se cultiva prácticamente en todo el mundo. La preparación del tabaco para su consumo consta de las siguientes etapas: secado o curado, que se realiza al aire libre o en secaderos; preparación de las hojas desecadas; selección de las hojas teniendo en cuenta la calidad, el color y la longitud, y fermentación, con el sometimiento a un tratamiento mediante calor y humedad. La fermentación puede ser de dos tipos: natural (principalmente utilizada en tabacos negros) y artificial (se calienta el tabaco durante una semana a 60 °C) (Cabo, 1992).

El cigarrillo como dispensador de nicotina puede ser descompuesto en tres partes: el papel, el filtro y el tabaco. El papel está hecho con celulosa y sustancias químicas que sirven para darle la apariencia más blanca, se sella con goma y con frecuencia contiene monogramas impresos con tinta coloreada. El filtro es una estructura muy compleja, que contiene unas fibras unidas con goma, pero también aditivos químicos que mejoran el sabor y aceleran la velocidad a la que se envía la nicotina al cerebro. El papel que une el filtro con el cigarrillo se llama papel de guarnición y se colorea para darle apariencia de corcho. Este papel contiene varias sustancias químicas que evitan que el papel se pegue a los labios (Kleinman y Messina, 2001).

Cuando se enciende un cigarrillo, el tabaco arde produciendo humo. Ese humo contiene monóxido de carbono (CO) y hasta 56 alquitranes distintos, que son una mezcla de diversas sustancias producidas por la combustión del tabaco. En un cigarrillo, esa combustión es completa solo en el extremo encendido, donde la cantidad de oxígeno (O₂) es suficiente y la temperatura alcanza entre 900 y 1600 °C (Molinard, 2001).

El humo del tabaco es un aerosol heterogéneo, formado por sustancias en estado líquido, dispersas en microgotas en suspensión en una mezcla de gases. Un fumador suele dar, como media, unas diez caladas a un cigarrillo en un periodo de cinco minutos. Cuando se fuma, se forman tres corrientes: la primaria (o principal) se produce durante las caladas del fumador. En la pipa, estas se dan espaciadas y el humo no suele tragarse. En los cigarrillos se inhala el humo, que penetra profundamente hasta los alvéolos pulmonares. La corriente secundaria (o lateral) está formada por el humo desprendido entre las caladas. Para un cigarrillo, la duración de la emisión de la corriente secundaria es mucho más importante que la de la primaria. Esta corriente contamina de forma importante el ambiente, el contenido en productos tóxicos es mucho mayor que el de la primaria. La corriente terciaria está constituida por el humo exhalado por el fumador (Henningfield, 1995).

Se han identificado hasta el momento unas 4722 sustancias distintas en el humo del tabaco (Calvo, Repetto, Segura *et alii*, 2002). La composición exacta del

humos todavía se desconoce. Los elementos más estudiados son la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono y las sustancias oxidantes.

La nicotina es el alcaloide tóxico predominante del tabaco. Se sintetiza en la raíz de la planta y desde ahí llega a las hojas a través de la savia. La nicotina representa la principal sustancia psicoactiva responsable de la naturaleza adictiva del hábito de fumar. Es cinco veces más adictiva que la cocaína. En este sentido, y según la definición de droga que propuso la Organización Mundial de la Salud ya en 1964, el tabaco debe considerarse sustancia adictiva, ya que (a) no resulta necesario para el mantenimiento de la salud humana, (b) modifica determinadas estructuras biológicas, (c) su uso no es médico, (d) puede autoadministrarse, (e) genera dependencia, (f) provoca un comportamiento orientado a fumarlo, y (g) resulta incompatible con una vida saludable (Calvo y López, 2003).

La nicotina pasa a la sangre a través de las células de la boca, de los bronquios y del pulmón. Luego se acumula en el hipotálamo y en otras estructuras cerebrales. Finalmente, el organismo la elimina metabólicamente modificada a través de la orina y del sudor. En el caso de las mujeres que amamantan, la nicotina aparece disuelta en la leche materna. Desde que una partícula de nicotina entra en el cuerpo hasta que sale pasan unos tres o cuatro días (De la Peña, 2002).

La nicotina es, asimismo, la responsable de la adicción física producida por el tabaco. La supresión brusca del aporte de nicotina produce un conjunto de síntomas que son consecuencia de la neuroadaptación cerebral a la nueva situación, fundamentalmente por la falta de estimulación de los circuitos cerebrales de recompensa, responsables de la adicción. Estos síntomas conforman el denominado *síndrome de abstinencia*, que se caracteriza por un estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso (DSM-IV, 2000).

El alquitrán es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo. Se trata de un componente del humo enormemente perjudicial para la salud y relacionado con la aparición de tumores malignos, como el cáncer de pulmón, cuya relación con el consumo de tabaco fue documentada por Doll y Hill en la década de los años cincuenta (Doll, 1996). De cada diez cánceres de pulmón que se diagnostican, nueve tienen relación con el consumo de cigarrillos. También afecta a otros órganos, ya que transporta por el torrente sanguíneo distintas sustancias tóxicas y cancerígenas. Disminuye la capacidad olfativa del fumador, llega a los pulmones y allí se queda formando una capa que dificulta la absorción del oxígeno y provoca la habitual tos del fumador.

Los cilios respiratorios pierden parte de su capacidad de moverse y empiezan a tener dificultades para realizar su función de limpieza del pulmón. Por ello, el fumador

suele toser y puede llegar a desarrollar una bronquitis o, en casos extremos, un enfisema pulmonar (Calvo y López, 2003).

El monóxido de carbono es un gas tóxico, inodoro, incoloro, insípido y no irritante que se forma principalmente por la combustión del tabaco y del papel del cigarrillo. Al aspirarse por vía pulmonar se combina con la hemoglobina de la sangre, con la que tiene una afinidad superior a 245 veces al oxígeno, produciendo carboxihemoglobina, compuesto altamente estable que desplaza el oxígeno de los hematíes, impidiendo así el abastecimiento de este en el organismo y reduciendo la cantidad de hemoglobina disponible para transportar oxígeno, de este modo se retarda su absorción por parte de los tejidos. En esta situación, el corazón está obligado a bombear con mayor fuerza para proveer al organismo de suficiente oxígeno.

Las sustancias oxidativas, como los óxidos de nitrógeno, el benceno (que se ha relacionado con la leucemia), el níquel, el carbono, el cadmio (vinculado con el cáncer de pulmón), los ácidos cianhídrico y fórmico, y los radicales tóxicos del oxígeno, son otro grupo de sustancias presentes en el humo del tabaco. El amoniaco, dentro de este grupo de sustancias, facilita que la nicotina llegue al cerebro de la persona, que fuma con mayor rapidez. Así, mientras la persona duerme, el cerebro permanece sin nicotina, pero una vez despierto, la requiere de inmediato. Esa primera aspiración lleva una gran cantidad de nicotina al cerebro en solo siete segundos (Kleinman, 2001).

4. ¿Por qué fuman las personas?

El fenómeno del tabaquismo no deja de ser un tema de salud paradójico. Habitualmente, ante un problema de salud en general se dedican medios, recursos y esfuerzos en hallar su causa, origen y solución. En el tema que nos ocupa, lo sabemos: desde los primeros informes del Departamento de Sanidad de los Estados Unidos, queda demostrado con todo tipo de evidencias científicas que el consumo de tabaco es altamente perjudicial para la salud. Si esta afirmación es tan evidente y demostrable, surge la consiguiente pregunta: ¿cómo es que hasta hace poco se ha facilitado, promocionado y publicitado su consumo? Diversas son las explicaciones. Un excelente modelo explicativo se refiere a entender el problema del tabaquismo como un fenómeno biopsicosocial, es decir, de origen múltiple y diverso. Esta definición ya implica, en sí misma, que las intervenciones para resolver el problema deben tener como paradigma estos tres ámbitos de trabajo.

4.1 Sobre lo biológico

La memoria, el placer y la adicción están íntimamente entrelazadas. El cerebro humano es una compleja estructura formada por circuitos, canales y entretejidos neuronales

de los que podría pensarse que tienen vida propia. Ir de compras, tener orgasmos, aprender, comer alimentos con muchas calorías, jugar a juegos de azar, orar, bailar hasta el agotamiento y jugar por internet activan señales neurales que convergen en un pequeño grupo de regiones cerebrales conectadas entre sí, en el llamado *circuito mesocorticolímbico del placer*. Es en estos pequeños grupos de neuronas donde sentimos el placer como tal. Este curioso circuito natural e innato también responde a sustancias artificiales como la nicotina (y la cocaína, la heroína o el alcohol) (Linden, 2011). La moderna psicofisiología admite que los mecanismos de la motivación o del placer y la recompensa se localizan en determinadas zonas del cerebro.

La nicotina llega al circuito del placer unos quince segundos después de cada calada, aproximadamente lo mismo que tarda la heroína administrada por vía intravenosa. Cuando alguien consume una sustancia, establece una asociación entre un acto concreto (encender el cigarrillo, por ejemplo) y el placer que obtiene. Cuanto más breve e intensa es esta asociación (contingencia), mayor poder de adicción generará. Según esto, podemos perfectamente entender la adicción como una situación de aprendizaje y condicionamiento, donde se asocian diversos y variados estímulos y consecuencias.

4.2 Sobre lo psicológico

Fumar es también una conducta con un importante contenido psicológico. No todas las personas coinciden en la función que el tabaco tiene en sus vidas. Para algunas fumar relaja, para otras anima y ayuda a tomar decisiones. Otras refieren la paradoja que supone hacer algo contrario a sus principios, ya que saben lo perjudicial de esta conducta, como si de una «amistad tóxica» se tratara. Habitualmente se distinguen unos motivos para el inicio en el consumo de tabaco: el fácil acceso a su adquisición, la presión del grupo de iguales en el momento de inicio, la curiosidad, la falta de información sobre sus riesgos, la imitación de determinados modelos y líderes sociales, etc. Diferentes son los motivos por los que una persona sigue consumiendo tabaco a pesar de conocer sus efectos negativos sobre la salud: la propia dependencia fisiológica generada con el tiempo, así como la dependencia conductual, con sus rutinas, automatismos y hábitos aprendidos, repetidos y reforzados.

Fumar comporta un importante refuerzo positivo por la inyección de nicotina, que como ya se ha explicado, estimula el centro del placer cerebral. A la vez, genera un importante refuerzo negativo, al fumar para evitar los efectos adversos por la falta de nicotina. La persona que fuma ha adquirido un comportamiento centrado en el uso de una sustancia estimulante que le perjudica, pero que paralelamente añora cuando no lo hace. Salir de este círculo vicioso es el que acostumbra a motivar muchas demandas de tratamiento de deshabitación.

La nicotina genera una disminución de la ansiedad induciendo un leve estado de relajación. A este efecto se le ha de añadir su aumento de la atención y concentración mental. Por ello, tenemos una combinación de efectos ansiolíticos y estimulantes. Algunos autores han encontrado una relación entre el uso de la nicotina y la depresión. Las propiedades antidepresivas de esta se han asociado a su efecto sobre la serotonina y la dopamina. Otros autores sugieren una clara asociación entre fumar y trastornos depresivos (Redolar, 2008). Volveremos más tarde sobre este tema.

4.3 Sobre lo social

Hasta no hace mucho, posiblemente hasta la aparición de la Ley del Tabaco, fumar estaba considerado como una conducta ampliamente aceptada en espacios y situaciones muy diversas. No se puede entender la importante contradicción entre fumar, sus consecuencias asociadas y la generosa permisividad social y legal que había existido hasta antes de la aplicación de esta legislación sin considerar el papel de la industria del tabaco. Ya en la década de los años cincuenta y sesenta esta industria utilizaba, por ejemplo, reclamos publicitarios mediante la figura de médicos para aconsejar el uso del tabaco y publicitar las bondades de determinadas marcas, así como su inocuidad (Fernández, 2015). Los medios de comunicación, que viven especialmente gracias a los ingresos publicitarios, acogieron sin ningún tipo de pudor esta publicidad. La industria del tabaco ha presionado a los medios de comunicación porque es consciente de que la cobertura mediática influye en el comportamiento de la población (Soto, Villalbí, Granero *et alii*, 2003). También ha sido documentada la influencia de la industria del tabaco en la hostelería, por ejemplo, con anterioridad a la aplicación de la legislación del tabaco, cuando advertía de los graves e irreversibles inconvenientes que dicha normativa produciría en la economía del sector (Abella, Córdoba y Suárez, 2012) y que la realidad ha demostrado como totalmente falsos. Fumar ha constituido una conducta relacionada con la madurez, con la distinción, así como una conducta masculina y femenina según algunos patrones estilísticos. Por suerte esto ya está cambiando.

5. Tabaco y dolor

Las personas fumadoras son más propensas a manifestar síndromes de dolor que las no fumadoras. Diversos estudios han demostrado la importancia que fumar tiene en las manifestaciones o en la gravedad del dolor musculoesquelético crónico. Los autores de un estudio coreano investigaron el efecto de fumar en las características clínicas, como dolor, fatiga, deterioro funcional, y características psiquiátricas en la población coreana con fibromialgia (Lee, Kim, Nah *et alii*, 2010), y observaron que el hábito de fumar puede influir en el dolor o en las características funcionales y psiquiátricas

de pacientes con fibromialgia. En otro estudio realizado en California se relacionó el consumo de tabaco con una mayor intensidad del dolor, con menos días buenos y más días laborables perdidos por semana (Choi, Knutsen, Oda *et alii*, 2010). En un estudio turco se observó una tasa más elevada de personas fumadoras en los pacientes con fibromialgia que en los pacientes con artritis reumatoide, y a la vez eran más elevadas las puntuaciones de la gravedad del dolor generalizado crónico, insomnio, parestesias, ansiedad y depresión (Ortacil, Sanli, Eryksel *et alii*, 2010). En nuestro medio, un estudio realizado en Barcelona demostró que el tabaquismo podría justificar hasta un tercio de los casos de artritis reumatoide seropositivas (Ruiz y Sanmartí, 2012). En un estudio argentino se observó que los hombres fumadores mostraron casi el doble de riesgo de desarrollar artritis reumatoide (Benhaim, Doglia, Canella *et alii*, 2014). Científicos de la Universidad de Alabama indicaron que el tabaquismo aumenta el riesgo de padecer artritis reumatoide en mujeres posmenopáusicas (Criswell, Merlino, Certhan *et alii*, 2002). Una investigación de la Universidad de Illinois (USA) sobre tabaquismo y fibromialgia desveló que las pacientes fumadoras padecían una mayor gravedad global, más dolor o entumecimientos (Yunus, 2012).

Otro estudio tuvo como objetivo investigar la asociación entre fibromialgia y enfermedades somáticas anteriores, factores del estilo de vida y la conducta respecto a la salud, y concluía que fumar, sufrir alergias y un historial de hiperémesis gravídica puede predecir el desarrollo de fibromialgia (Choi, Knutsen, Oda *et alii*, 2010).

El tabaco es nocivo para cualquier aspecto de la salud, es también un excitante del sistema nervioso que dificulta el control del dolor, ya que la nicotina puede disminuir el umbral de este por la sensibilización de los receptores del dolor.

Un estudio canadiense tuvo como objetivo determinar si fumar estaba asociado con el incremento del riesgo de sufrir dolor lumbar crónico en adultos. La prevalencia del dolor lumbar crónico era del 23,3 % en fumadores diarios y solo del 15,7 % en los no fumadores. Estos mismos autores concluían que los programas de tratamiento del dolor de espalda podrían beneficiarse del abordaje paralelo del tabaquismo en estos pacientes (Alkherayf y Agbi, 2009).

El tabaco también es el responsable del incremento del dolor oral. Los síntomas de la alodinia cutánea asociada con la migraña se relacionan con tener menos edad cuando se inició la migraña y con fumar tabaco (Riley, Tomar y Gilbert, 2004).

Según algunos estudios, los fumadores podrían tener tres veces más probabilidades de desarrollar dolor crónico de espalda en comparación con los no fumadores. El tabaco podría afectar a la forma en que el cerebro responde al dolor de espalda, y además, hacer a los fumadores menos resistentes a los episodios de dolor (Northwestern University Feinberg School of Medicine, 2016). Esto quizá explicaría la situación en que la persona que fuma busca un alivio psicológico con el cigarrillo en detrimento del aumento del dolor físico.

En lo que coinciden todos los autores revisados en este capítulo es en afirmar que abandonar el tabaco mejorará la salud en general. Los tratamientos de deshabitación del tabaco podrían resultar útiles para las terapias de manejo del dolor crónico. Su inclusión como protocolo habitual en pacientes con dolor crónico beneficiaría sin duda a los pacientes, tanto por lo que concierne a la reducción en la percepción del dolor como en el estado de ánimo más positivo, por el orgullo personal y aumento de la autoestima de superar la dependencia del tabaco.

6. Tabaco y fibromialgia

En general, el consumo de tabaco se asocia de manera significativa a mayor dolor, rigidez y peor calidad de vida en los pacientes de fibromialgia. Como hemos visto anteriormente, la nicotina tiene efectos sobre el sistema nervioso central (SNC). Así, altos niveles de sustancia P en líquido espinal aumentan la sensibilidad al dolor en personas fumadoras que sufren fibromialgia. También en estos pacientes se ha demostrado alteración de opiáceos endógenos en regiones cerebrales responsables de la modulación del dolor (Gómez, Soriano *et alii*, 2008). El consumo de tabaco se asocia con síntomas de la fibromialgia más graves precisamente en estos pacientes, con mayor dolor, entumecimiento, mayor gravedad general de los síntomas y mayores dificultades funcionales que los no fumadores (Yunus, Arslan y Aldag, 2002; Weingarten, Poddituru *et alii*, 2009). Algunos autores añaden que estos síntomas son agravados por la depresión y determinados estados de ánimo que estas personas padecen de manera significativa (Goesling, Brummett *et alii*, 2015).

La proporción de pacientes con fibromialgia o dolor y consumo de tabaco varía según los autores. Mostramos aquí algunos:

<i>Autor</i>	<i>Tema</i>	<i>Año</i>	<i>% Consumo Tabaco</i>
Yunus, M.B. <i>et alii</i>	Fibromialgia	2002	21,9
Riley, J.L. <i>et alii</i>	Dolor oral	2004	20
Muñoz, D. <i>et alii</i>	Dolor torácico	2008	28,4
Weingarten, T.N. <i>et alii</i>	Fibromialgia	2009	14,7
Lee, S.S. <i>et alii</i>	Fibromialgia	2010	9,8
Goesling, J. <i>et alii</i>	Fibromialgia	2015	38,7

Fumar es perjudicial para las personas con fibromialgia por varias razones: reduce el contenido de oxígeno en sangre e impide la correcta oxigenación de los músculos; la nicotina facilita la contracción de los músculos y agrava la tensión y los espasmos musculares, lo que da lugar a un aumento del dolor; también la nicotina, como esti-

mulante del sistema nervioso central (SNC), aumenta la tensión mental, que a su vez intensifica la tensión muscular preexistente.

El uso del tabaco, como la mayoría de sustancias adictivas, puede interpretarse como recurso para encontrarse mejor, es decir, un uso que busca una pretendida mejoría inmediata a pesar de los evidentes y reconocidos efectos negativos a medio y largo plazo. En este sentido, en un estudio de 2015, los autores afirman que la mayoría de los sujetos reconocieron haber utilizado el tabaco para mejorar y soportar el dolor (69 % de los entrevistados) mediante la distracción y relajación producida por la conducta de fumar. Afirman que fumar les ayudaba a luchar contra la fibromialgia aunque no mejoraban los síntomas de la enfermedad (Weingarten, Vincent *et alii*, 2015).

7. Dolor, emociones y consumo de tabaco

El consumo de drogas (el tabaco incluido) puede ser entendido desde la óptica de la conocida hipótesis de la automedicación. Es conocida en la historia de las drogas su inicial y pretendido uso como tratamiento farmacológico. Así, la cocaína era utilizada inicialmente como tratamiento antidepresivo. El mismo LSD-25 (Albert Hofmann, 1906-2008) se manejó en narcoterapia y en psicosis experimentales. La heroína se utilizó inicialmente como fármaco antidiarreico. Hemos comentado anteriormente cómo el mismo tabaco fue considerado un remedio en las jaquecas (Jean Nicot, 1530-1600). Según este modelo explicativo, el consumo de tabaco obedece principalmente al objetivo de calmar o aliviar la sintomatología ansioso-depresiva por parte de las personas fumadoras (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000).

En la literatura científica se encuentran diversas referencias a trabajos centrados en el estudio de la posible relación entre dolor y determinadas variables de personalidad y respuestas emocionales (Ramírez, Esteve y López, 2001).

La presencia continuada de dolor, principal característica del dolor crónico, puede afectar a la vida del paciente, y destacan, en este sentido, los cambios en su estilo de vida y en su estado emocional (Ferrer, González y Manassero, 1993). En la práctica clínica se observa una elevada incidencia de estado de ánimo deprimido entre pacientes con dolor (Forseth, Husby *et alii*, 1999; Camacho y Anarte, 2003).

Entre los trastornos del dolor, dadas sus características e implicaciones, merece especial atención la fibromialgia. En este sentido, si bien se reconoce la implicación de las variables emocionales, especialmente la ansiedad y la depresión, pues el 30 % de pacientes con fibromialgia presentan depresión en el momento que acuden a consulta y un 60 % en algún momento de su historia clínica (Benett, 1987), la depresión puede preceder o acompañar a la fibromialgia, aunque no constituye un factor implicado en la etiología del síndrome (Galgo, Sánchez y Cabrera, 2002).

Como hipótesis explicativa de los datos obtenidos es importante apuntar la posibilidad de que la depresión en pacientes con fibromialgia obedecería más al modelo de indefensión aprendida, sobre todo teniendo en cuenta que la fibromialgia se caracteriza precisamente por el desconocimiento general de su etiología: es decir, no existe una patología orgánica que la explique, cuestión que sitúa al paciente en una posición de incertidumbre ante la que poco o nada puede hacer. Por ello, esta cuestión se encuentra más relacionada con las respuestas de ansiedad que con la denominada depresión mayor (Pérez *et alii*, 2004).

En nuestra experiencia, los pacientes con patologías crónicas con dolor como síntoma central suelen presentar comorbilidad con trastornos ansioso-depresivos. Concretamente en la fibromialgia, los trastornos de ansiedad se presentan con una comorbilidad que se puede establecer en una horquilla entre el 40 % y el 70 %, y alrededor del 30 % de los pacientes con fibromialgia presentan de forma coexistente ansiedad y depresión. Respecto a la comorbilidad de fibromialgia con trastornos depresivos, encontramos, según los diferentes trabajos publicados, una horquilla de entre el 20 % y el 80 % de los pacientes (Sánchez, Sánchez De Lamo *et alii*, 2014).

En pacientes con fibromialgia se detectan bajos niveles de metabolitos de la serotonina: esto podría explicar la depresión (Gómez, Soriano *et alii*, 2008).

Con relación a la variable ansiedad, algunos autores sugieren que los pacientes con fibromialgia presentan un nivel de ansiedad-rasgo o respuesta general de ansiedad significativamente superior al observado en el grupo de pacientes con dolor no fibromiálgico y en el grupo control. La ansiedad se encuentra relacionada con la experiencia de dolor, aunque la cognición de naturaleza ansiosa relacionada con la misma es independiente del tipo de dolor. Se puede asumir, pues, que la ansiedad constituye una característica diferenciadora de los pacientes con fibromialgia (Pérez, 2004).

Todo esto explicaría la función de la automedicación en los pacientes con dolor en general y fibromialgia en particular. El exceso de ansiedad y tensión, así como la percepción de no saber hacerles frente de forma adecuada, favorecen la implicación en conductas potencialmente adictivas (beber alcohol abusivamente, comer en exceso, automedicarse, fumar, etc.). El alivio de una preocupación con una sustancia química, al tener efecto inmediato y requerir poco esfuerzo, resulta muy reforzante y necesita pocos ensayos de aprendizaje para consolidarlo en el repertorio de conductas del sujeto (Echeburúa, Salaberría y Fernández, 1998). En este sentido es fácil entender que fumar ayuda a los fumadores a afrontar los estados afectivos negativos (Niaura, Shadel y Britt, 2002). En esta misma línea, las personas con un mayor nivel de malestar psicológico no solo fumarían más, sino que posiblemente mostrarán también en mayor medida otros hábitos que puedan comportar una reducción inmediata de la preocupa-

ción y la tensión, como la automedicación, comer golosinas o picar entre horas, cuyo efecto relajante inmediato actuaría como reforzador de dichas conductas y potenciaría el hábito (Villa *et alii*, 2004).

En el caso del consumo de tabaco sería la nicotina, como otras drogas psicoestimulantes, la que incrementaría la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico y el núcleo accumbens, lo que potencia las propiedades reforzadoras de la droga. Junto a estas propiedades reforzadoras primarias, la acción de la nicotina ejerce un mayor efecto en situaciones estresantes, lo que explicaría su mayor potencial adictivo en personas deprimidas; la mayor sensibilidad de estas personas ante los efectos de la estimulación estresante incrementaría el potencial reforzador de la nicotina mediante el mecanismo de liberación de dopamina, que produciría un alivio rápido de los efectos adversos del estrés (Carreras, 2009), aunque algunos estudios experimentales parecen indicar que la nicotina puede producir tanto efectos ansiolíticos y antidepresivos como ansiógenos, dependiendo de la dosis y el tiempo transcurrido desde su administración (File, Kenny y Ouagazzal, 1998; Irvine, Cheeta y File, 1999; Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002).

Los efectos paradójicos de la nicotina sobre las emociones se deben, según diversos estudios, a la amplia expresión de los receptores cerebrales de la nicotina, al gran número de subtipos existentes y a la capacidad de la nicotina para activar o desensibilizar dichos receptores (Balfour, 1994; Picciotto, Brunzell y Caldarone, 2002), y existe, además, una mayor probabilidad de que los individuos que han experimentado depresión puedan llegar a ser fumadores (Vázquez y Becoña, 1998).

8. Referencias bibliográficas

- ABELLA, F.; CÓRDOBA, R.; SUÁREZ, M.P. (2012). «Salud, hostelería e industria del tabaco.» *Atención Primaria* 44, 676-681.
- ALKHERAYF, F.; AGBI, C. (2009). «Cigarette smoking and chronic low back pain in the adult population.» *Clin Invest Med* 32(5): E360-7. PMID:19796577
- ATUSINGWIZE, E.; LEWIS, S.; LANGLEY, T. (2015). «Economic evaluations of tobacco control mass media campaigns: A systematic review.» *Tobacco Control*, 24(4), 320-327, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051579, citado en *Tabac i Salut. El paper canviant dels mitjans de comunicació. Mètode Science Journal* (2015). Universitat de València, doi: 10.7203/mètode.6.7811.
- BALFOUR, D.J. (1994). «Neural mechanisms underlying nicotine dependence.» *Addiction* 89, 1419-23.
- BANEGAS BANEGAS, J.R.; RODRÍGUEZ ARTALEJO, F.; GONZÁLEZ ENRÍQUEZ, J.; GRACIANI PÉREZ-REGADERA, A.; VILLAR ÁLVAREZ, F. (2001). «Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1988.» *Med Clin* 177, 648-92.
- BANEGAS, J.R.; DíEZ-GRiÑÁN, I.; BAÑUELOS-MARCO, B.; GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, J.; VILLAR-ÁLVAREZ, F.; MARTÍN-MORENO, J. *et alii* (2011). «Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006.» *Med Clin* 136, 97-102.
- BENHAIM, M.; DOGLIA, L.; CANELLA, V.; LÓPEZ, S.; HOFMAN, J.; ESPÓSITO, M. (2014). «Estudio transversal bioquímico clínico en pacientes con artritis reumatoidea y su relación con el tabaquismo.» *Acta Bioquím. Clín. Lationam* 48, n.º 3. La Plata.
- BENETT, M.S. (1987). «Ethnicity and pain: a bioconductual model.» *Social Science Medicine* 24, 47-50.
- BURNS, D.M. (2005). «Nicotina addiction.» En: KASPER, D.L.; BRAUNWALD, E.; FAUCI, A.S.; HAUSER, S.L.; LONGO, D.L.; JAMESON, J.L. (editors). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16.ª ed. Nueva York: McGraw-Hillp, 2573-6.
- CABO, P. (1992). «Aspectos generales del tabaco y tabaquismo.» En M. MIRÓ (editor): *Tabaquismo: consecuencias para la salud*. Granada: Universidad de Granada.
- CALVO, J.R.; REPETTO, E.; SEGURA, J.; NAVARRO, M.C.; ACOSTA, V. (2002). «Tabaquismo: contaminación publicitaria.» *Anales Españoles de Pediatría* 56, 30-42.
- CALVO, J.R.; LÓPEZ CABAÑAS, J.A.; RODRÍGUEZ, E.; GARCÍA BAENA, A.; ABELLA PONS, F.; REYES CAMPOS, S.; SAMPER VILLAR, J. (2003). «El control de la publicidad en el Convenio Marco.» *Prevención del Tabaquismo*. 5. N.º 2, 118-121.
- CALVO FERNÁNDEZ, J.R.; LÓPEZ CABAÑAS, A. (2003). *El tabaquismo*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo e Innovación. Las Palmas de Gran Canaria.

- CAMACHO, L.; ANARTE, M.T. (2003). «Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico.» *Psicothema*, 15, 464-470.
- CARRERAS, J. (2009). *Tratamiento telefónico proactivo del tabaquismo. Factores predictivos de éxito*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. Facultad de Medicina. Zaragoza.
- CHOI, C.J.; KNUTSEN, R.; ODA, K.; FRASER, G.E.; KNUTSEN, S.F. (2010). «The association between incident self-reported fibromialgia and nonpsychiatric factors: 25-years follow-up of the Adventist Health Study. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Loma Linda University, Loma Linda, California 92399, USA.» *J Pain* 11, 994-1003. Epub 2010 Apr 18, PMID: 20400378.
- CÓRDOBA GARCÍA, R. (2015). «Prevalencia y mortalidad por tabaco en España.» *Med Clin* 145, 532-533.
- CRISWELL, L.A.; MERLINO, L.A.; CERHAN, J.R.; MILKUS, T.R.; MUDANO, A.S.; BURMA, M. et alii (2002). «Cigarette smoking and the risk rheumatoid among postmenopausal women.» *Am J Med* 112, 465-71.
- DÍAZ-MAROTO MUÑOZ, J.L. (2012). «Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Dos años de implantación.» *Semergen* 38, 481-482.
- DE LA PEÑA, M. (2002). «Tabaquismo. En: J del Rey y JR Calvo.» *Cómo cuidar la salud. Su educación y promoción*. Madrid. Harcourt Brace.
- DOLL, R. (1996). «Cancer weakly related to smoking.» *British Medical Bulletin* 52, 35-49.
- ECHEBURÚA, E.; SALABERRÍA, K.; FERNÁNDEZ-MOLTALVO, J. (1998). «Ansiedad y adicciones.» En F.J PALMERO y E.G. FERNÁNDEZ-ABASCAL (coords.). *Emociones y salud* (pp. 67-84). Barcelona: Ariel.
- Encuesta Nacional de Salud 2011/12*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf>.
- Encuesta Andaluza de Salud 2011*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Menores.pdf>.
- FERNÁNDEZ DE BOBADILLA, J.; DALMAU, R.; GALVE, E. (2014). «Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España.» *Revista Española de Cardiología* 67, 349-352.
- FERNÁNDEZ, E. (2015). *Tabac i Salut. El paper canviant dels mitjans de comunicació. Mètode Science Studies Journal*. Universidad de Valencia. Doi: 10.7203/metode.6.7811.

- FERRER, V.; GONZÁLEZ-BARRÓN, R.; MANASSERO, M.A. (1993). «El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico.» *Dolor* 8, 153-160.
- FILE, S.E.; KENNY, P.J.; OUAGAZZAL, A.M. (1998). «Bimodal modulation by nicotine of anxiety in the social interaction test: Role of dorsal hippocampus.» *Behavioral Neuroscience* 112, 1423-1429.
- FORSETH, K.O.; HUSBY, G.; GRAN, J.T.; FORRE, O. (1999). «Pronostic factors for the development of fibromialgia in women with self-reported musculoskeletal pain.» *Journal of Rheumatology* 26, 2458-2467.
- GALÁN, I.; LÓPEZ, M.J. (2009). «Tres años con «Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo»: aire más limpio, pero no lo suficiente.» *Gaceta Sanitaria* 23, 87-90.
- GALGO, A.; SÁNCHEZ-MONTERO, M.; CABRERA, R. (2002). «Diagnóstico de la fibromialgia.» *Jano* 1422, 63-66.
- GARCÍA, R. (1881) *El arte de fumar. Tabacología universal*. París. Librería Española de Garnier hermanos.
- GOESLING, J.; BRUMMETT, C.M. et alii (2015). «Associations Between Pain, Current Tobacco Smoking, Depression and Fibromyalgia Statuts Treatment-Seeking Chronic Pain Patients.» *Pain Med* 16, 1433-42. Doi: 10.1111 (pme.12747).
- GÓMEZ, P.C.; SORIANO, P.J. et alii (2008). «Calidad de vida y personalidad en pacientes con fibromialgia.» *Intersalud*. Comunicación en congreso.
- HENNINGFIELD, J.E. (1995). «Nicotine medications for smoking cessation.» *The New England Journal of Medicine*. 333, 1196-1203.
- KLEINMAN, L.; MESSINA, D. (2001). «¿Dejar de fumar?». México: Prentice Hall.
- IRVINE, E.E.; CHEETA, S.; FILE, S.E. (1999). «Time-course of changes in the social interaction test of anxiety following acute and chronic administration of nicotine.» *Behavioral Pharmacology* 10, 691-697.
- LEE, S.S.; KIM, S.H.; NAH, S.S.; LEE, J.H.; LEE, Y.A.; HONG, S.J.; KIM, H.S.; LEE, H.S.; KIM, H.A.; JOUNG, C.I.; CJOE, J.Y.; KIM, S.K. (2010). «Smoking habits influence pain and functional and psychiatric features in fibromialgia.» Department of Internal Medicine, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Republic of Korea. Joint Bone Spine. (Epub ahead of print) PMID: 208510023.
- LINDEN, D.J. (2011). *La brújula del placer*. Paidós Transiciones. Barcelona.
- LÓPEZ, M.J.; NEBOT, M.; SALLÉS, J. et alii (2004). «Medición de la exposición al humo ambiental de tabaco en centros de enseñanza, centros sanitarios, medios de transporte y lugares de ocio.» *Gaceta Sanitaria* 18, 451-7.
- LÓPEZ, M.J.; PÉREZ-RÍOS, M.; SCHIAFFINO, A. et alii (2007). «Mortality attributable to passive smoking in Spain», 2002. *Tob Control* 16, 373-7.

- MORENO, J.J.; HERRERO, F.J. (2000). «Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar.» *Adicciones* 12, 329-41.
- MOLIMARD, R. (1996). *Le tabac, drogue douce*. París. Odile Jacob.
- NIAURA, R.; SHADEL, W.G.; BRITT, D.M; ABRAMS, D.B. (2002). «Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation.» *Addictive Behavior* 27, 241-250.
- NORTHWESTERN UNIVERSITY FEINBERG SCHOOL OF MEDICINE, publicado en la revista *Human Brain Mapping*. Recuperado de <www.fisiogestiona.es/salud>.
- ORTACIL, O.; SANLI, A.; ERYUKSEL, R.; BASARN, A.; ANKARALI, H. (2010). «Association between serum level and fibromialgia syndrome.» Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, Zonguldak Karaelmas University, Zonguldak Turkey. *Eur J Clin Nutr* 6, 308-12 Epub 20. PMID: 20087382.
- PEDRO, T.; SÁNCHEZ, J.; SÁNCHEZ, M.; DE LAMO, M.; PEIRÓ, G. (2014). *CM de Psicobioquímica* 3, 55-68.
- PÉREZ-PAREJA, J. et alii (2004). *Psicothema* 16, 415-420.
- PICCIOTTO, M.R.; BRUNZELL, D.H.; CALDARONE, B.J. (2002). «Effect of nicotine and nicotinic receptor on anxiety and depression.» *Neuroreport* 13, 1097-1106.
- POMERLEAU, C.S.; MARKS, J.L.; POMERLEAU, O.F. (2000). «Who gets what symptom? Effects of psychiatric co-factors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology.» *Nicotine and Tobacco Research* 2, 275-280.
- RAMÍREZ, C.; ESTEVE, R.; LÓPEZ-MARTÍNEZ, A.E. (2001). «Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico.» *Anales de Psicología* 17, 129-137.
- RAMÍREZ-VENEGAS, A. (2004). «Daños a la salud que ocurren con el consumo de tabaco.» *Ciencia* 55, 54-59.
- REDOLAR, D. (2008). *Cerebro y adicción*. Editorial UOC. Barcelona.
- RILEY, J.L.; TOMAR, S.L.; GILBERT, G.H. (2004). «Smoking and smokeless tobacco: increased risk oral pain.» *J Pain* 5, 218-25.
- ROJAS VILLEGAS, J.; SOTO CAMPOS, J.G.; GARCÍA CUESTA, A.; CABRERA GALÁN, C. (2014). «Prevalencia del tabaquismo en estudiantes del campus universitario de Jerez. Influencia de las leyes antitabaco.» *Aten Primaria* 46, 109-112
- RUIZ-ESQUIZE, V.; SANMARTÍ, R. (2012). «Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide.» *Reumatol Clin* 8, 342-350.
- SOTO-MAS, F.; VILLALBÍ, J.R.; GRANERO, L.; JACOBSON, H.; BALCAZAR, H. (2003). «The tobacco industry's internal documents and smoking prevention in Spain.» *Gaceta Sanitaria* 17, 9-14.
- VALDÉS-SALGADO, R. (2005). «Las cifras de la epidemia. Daños a la salud y mortalidad atribuibles al consumo de tabaco.» En VALDÉS-SALGADO, R.; LAZCANO-PONCE, E.C.; HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (eds.). Primer informe sobre el combate

- al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005:29-41.
- VÁZQUEZ, F.L.; BECOÑA, E. (1998). «¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?» *Psicothema* 10, 229-239.
- VILLALBÍ, J.R.; NEBOT, M. (1998). «Salud pública y tabaco.» En MARTÍNEZ-NAVARRO, F.; MARSET, P.; NAVARRO, V.; GILI, M.; ANTÓ, J.M. (eds.). *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana.
- VILLALBÍ, J.R. (2016). «Impacto en 2015 de la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo.» *FMC* 23, 1-3.
- VILLAR-HOZ, E. *et alii* (2004). «Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria.» *Anales de Psicología* 20, 33-46.
- WEINGARTEN, T.N.; Poddituru, V.R. *et alii* (2009). «Impact of tobacco use in patients presenting to a multidisciplinary outpatient treatment program for fibromialgia.» *Clin J Pain* 25, 39-43, doi: 10.1097/AJP.0b0113e31817d105e.
- WEINGARTEN, T.N.; VINCENT, A. *et alii* (2015). «The perception of Female Smokers with Fibromyalgia on the Effects of Smoking on Fibromyalgia Symptoms.» *Pain Pract*, doi:10.1111/paper.12402.
- YUNUS, M.B.; ARSLAN, S.; ALDAG, J.C. (2002). «Relationship between fibromialgia features and smoking.» *Scand J Rheumatol* 31, 301-5
- YUNUS, M.B. (2012). «The prevalence of fibromialgia on other chronic pain conditions.» *Pain Res Treat*. Publicado en línea el 17 de noviembre de 2011. Doi: 10.1155/2012/584573.

Este libro no es un protocolo ni una guía clínica que seguir, sino que contribuye al conocimiento de la fibromialgia desde una perspectiva *bio-psico-social* a través de diferentes investigaciones efectuadas por profesionales del ámbito sanitario y social. Se aportan mecanismos para que los clínicos puedan ayudar a mitigar el dolor, la depresión, los pensamientos de suicidio y observen la enfermedad bajo un paradigma constructivista donde lo social se vislumbra entre el estigma y el significado que la sociedad otorga al sujeto afecto de fibromialgia.

