

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SU ROL EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON FIBROMIALGIA

PSYCHOLOGICAL FACTORS AND THEIR ROLE IN THE HEALTH-ILLNESS PROCESS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH FIBROMYALGIA

DOI: 10.22199/S07187475.2016.0001.00003

Recibido: 07 de marzo de 2016 | Aceptado: 31 de marzo de 2016

LYA DONOSO DÍAZ¹; **ALEXIS LORENZO RUIZ**²
(UNIVERSIDAD DE LA HABANA, La Habana, Cuba)

RESUMEN

Introducción: El componente psicológico continúa generando suspicacia a la hora de realizarse un diagnóstico. Una muestra de eso es la fibromialgia, proceso reumático crónico que afecta el aparato locomotor y las partes blandas del cuerpo, que se caracteriza por un estado doloroso persistente sin etiología conocida. Esto obliga al profesional de la salud a trabajar a nivel de diagnóstico diferencial y descarte, deteriorándose severamente la calidad de vida de las personas que la padecen. **Objetivo:** Sistematizar la información obtenida sobre resultados de investigación sobre factores psicológicos que forman parte del proceso salud-enfermedad en Fibromialgia. **Método:** Se realiza una revisión bibliográfica de investigaciones realizadas en el área entre los años 2003 y 2014 y publicadas online en idioma español. **Resultados:** Se comprobó una prevalencia de la función evaluativa-diagnóstica y en un considerable menor porcentaje la de intervención. **Conclusiones:** se constata la inexistencia de una comprensión psicológica integrativa, evidenciando la necesidad de seguir explorando los diversos componentes que dan forma a la compleja FM, enfermedad que requiere de una comprensión mucho más integral para ahondar en el desarrollo, mantención y abordaje de su expresión sintomática.

PALABRAS CLAVE: Factores psicológicos y sociales, fibromialgia, proceso salud-enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: When undergoing a diagnosis, it is well known that psychological factors have a negative effect on a patient's perceptions of their diagnosis, especially if the diagnosis is fibromyalgia. This disorder is characterized by issues to the musculoskeletal system accompanied by pain, fatigue, mood swings, sleep and memory disorders. Because the origin of fibromyalgia is still unclear, the physician is forced to make a diagnosis based on trial and error, thus deteriorating fibromyalgia patients' life quality severely. **Objective:** To systematize research results on psychological factors involved in the fibromyalgia health-illness process. **Method:** A literature review of the topic was done based on online papers published in Spanish between 2003 and 2014. **Results:** The reviews showed a higher preference for evaluation-diagnosis over an intervention approach. **Conclusion:** The absence of an integrative psychological understanding was found, demonstrating the need to further explore the various components that shape the complex disease of FM. It requires a much more comprehensive understanding to deepen the development to address patients' symptoms.

KEY WORDS: Social and psychological factors, fibromyalgia, health-illness process.

1. Afiliada a la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, La Habana, Cuba. E-mail: lyadonoso@gmail.com

2. Afiliada a la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, La Habana, Cuba. E-mail: alexis.lorenzo@psico.uh.cu

INTRODUCCIÓN

La polémica que rodea a la Fibromialgia (FM), se inicia con la ausencia de una entidad nosológica que le otorgue la singularización y clasificación necesarias, considerando que como enfermedad requiere de un orden que proceda de una correspondencia según similitudes anatómicas, etiológicas o patogénicas y no de una simple interpretación (Belenguer, Ramos, Siso & Rivera, 2009; Ballina, 2012). Si no se sabe cuál es la causa principal, que es considerado el punto de partida del proceso patológico y las pruebas complementarias son siempre negativas, los pasos posteriores también se ven alterados, haciéndose difícil un adecuado pronóstico, evolución y tratamiento, lo que exige recurrir a la búsqueda de factores desencadenantes, que permitan ordenar las manifestaciones clínicas y definir un cuadro que muchas veces sigue siendo ambiguo, además de identificar los diagnósticos diferenciales que descarten otras patologías. Surge en este último punto, otro de los aspectos polémicos de esta enfermedad, dado que a los factores somáticos se deben agregar los psíquicos, los cuales, actuando integralmente, también pueden estar involucrados en la conformación patológica, ya que “se parte de la concepción biopsicosocial en el proceso de enfermar” y “no se puede pensar en la dualidad cuerpo-mente, sino en una interrelación continua entre ambos” (García, Castel & Vidal, 2006, p.38), y en los casos de pacientes con dolor crónico, como la fibromialgia, las evidencias en el entendimiento de la atención se ha caracterizado por esta interacción entre el proceso biológico y los factores psicológicos y sociales (Belenguer et al., 2009). Pese a esto, el proceso de diagnóstico sigue tendiendo a priorizar los daños orgánicos y estructurales, apartando o dejando para el final la evaluación de una posible influencia psicológica.

No obstante, durante los últimos años, la disciplina psicológica ha ido ganando terreno en el mundo de la salud. Del trabajo clínico individual en una consulta, se ha pasado al trabajo en grandes instituciones, apoyando la atención de variadas especialidades, lo que representa un avance extraordinario que, dentro del modelo salutogénico, logra incluso el desarrollo de la psicología de la salud como especialidad. De esta manera, esta esfera busca reposicionarse en esta nueva forma de entender el complejo proceso de salud-enfermedad, requiriendo para ello de un abordaje biopsicosocial y una comprensión más holística, considerando su implicancia como factor transversal a cualquier entidad nosológica, ya sea como elemento favorecedor o desencadenante, dado que la condición de enfermo, cualquiera sea la patología, impacta directamente la personalidad de los individuos, ya sea cognitiva, emocional o conductualmente.

Todo lo anterior, da cuenta de la importancia de ahondar en el proceso de conformación patológico y en el rol que se le ha dado a la psicología en dicho proceso, pero también es la aflicción presente en las personas que padecen esta enfermedad, parte de la motivación de realizar este trabajo, considerando que la FM “no puede considerarse una simple «construcción artificial», puesto que los enfermos existen, y no puede negarse la realidad de los síntomas ni el sufrimiento que estos últimos provocan” (Houvenagel, 2003, p.1), todo lo cual sería desde una mirada más integracionista y analítica, ya que no basta con encasillar a un individuo en un patrón de personalidad, evaluar si estuvo expuesto, o no, a algún evento traumático o reconocer sus síntomas psicoafectivos y conductuales, sino se sabe para qué se requiere esa información y cómo se utilizará en favor de una efectiva intervención y de la recuperación de su bienestar.

Descripción de la enfermedad

“La FM es, sin duda, la enfermedad cuya propia existencia es la más polémica en la comunidad científica reumatológica. Aún motivo de numerosas controversias y de un escepticismo a veces enérgico” (Houvenagel, 2003, p.1). Actualmente, es la patología que con mayor frecuencia produce dolor crónico generalizado en la población (Belenguer et al., 2009), transformándose en un problema de salud pública de primer orden (García et al., 2006) que genera un fuerte impacto a nivel socioeconómico, hecho asociado a que el tratamiento del dolor es uno de los que mayor gasto farmacéutico genera en los servicios de atención primaria (Andersson et al., 1999a; Andersson et al., 1999b; Berger et al., 2004 citados por Salgueiro, 2011), donde se estima que un 87% de los pacientes es medicado en exceso, pero sin éxito (Müller et al., 2000; Lachaine et al., 2010 citados por Salgueiro, 2011).

Es un término que no ha estado exento de controversias y comienza a conocerse en el siglo XVII, donde se establece la distinción entre reumatismo articular y reumatismo muscular o de partes blandas, caracterizándose este último por la presencia de áreas de dolor y rigidez localizadas en músculos y tejidos blandos. Es sir William R. Gowers quien, en el año 1904, introduce el término «fibrositis» para denominar la condición en que asociaba el reumatismo y puntos dolorosos de músculos rígidos, atribuyéndolo a una «inflamación», concepto que dominó la bibliografía en el área de los síndromes musculares durante años, ya que a falta de una clara definición, este término se utilizó para describir una amplia gama de procesos dolorosos. Ya en el año 1936, Hench niega el origen inflamatorio de la enfermedad y abre nuevamente la polémica al asociarla a una causa psicológica, volviendo a ser denominada «fiebre histérica o psicógena» como en sus orígenes, teoría que es respaldada por Hallyday y Kelly en 1937,

donde esto últimos consensuan una teoría ecléctica, asignándole un origen psicológico y orgánico a la FM.

Finalmente, en el año 1977, serían Smythe y Moldofsky quienes nombran Fibromialgia al cuadro de dolor crónico y de origen musculo-esquelético, ubicado en localizaciones específicas, que años antes Floriep había denominado como «puntos sensibles» (Salgueiro, 2011; Moreno et al., 2010, Cymet, 2003; Uceda, 2000), pero no es hasta el año 1992, que esta enfermedad es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluida en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que la especifica con el código M79.0, hecho que no impidió que se siguieran generando, con facilidad, discusiones y situaciones clínicas conflictivas por la ausencia de etiología, de afección orgánica específica demostrable y de alguna prueba diagnóstica confirmatoria objetiva (Soucase, Monsalve, Soriano & de Andrés, 2004).

En nuestros días, es una enfermedad muy frecuente, que tiene una prevalencia del 2% en la población general, ocupando el 15% de las consultas de reumatología y del 5% al 10% de las consultas de atención primaria (Restrepo, Ronda, Vives & Gil, 2009; Viana, 2009). Afecta mayoritariamente al género femenino con una relación aproximada mujer-hombre de 20-1 y generalmente, se diagnostica después de los 40 años, sin embargo, un porcentaje importante de pacientes refiere padecer los síntomas desde años atrás, dando cuenta de la dificultad de su diagnóstico (Saldívar, Beltrán & Torres, 2010). Ballina (2012) refiere que su origen es multifactorial, espectro bastante amplio, dentro de las cuales se destacan:

1. Cierta vulnerabilidad genética (Ablin & Buskila, 2014; Crofford, 2013; Saldívar et al., 2010).
2. Alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor atribuido a

un desequilibrio en los neuromoduladores del SNC.

3. Posibles alteraciones musculares, endocrinas (eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal), autoinmunes o disfunción neurohormonal (Aroca et al., 2010).
4. Factores predisponentes o desencadenantes, como el género, la edad y los antecedentes familiares en el primero, y en el segundo las infecciones virales o bacterianas, las enfermedades que debilitan el organismo, algún trauma físico de localización osteomuscular o enfermedad grave y elementos socioambientales como el estrés emocional, estilos de apego y rasgos de personalidad.

A pesar de los avances tecnológicos, las nuevas investigaciones y la existencia de un gran número de publicaciones con respecto a su proceso etiopatogénico, todavía no se establece un consenso con respecto a la enfermedad (Simon, 2014; Saldívar et al., 2010; Aroca et al., 2010; Restrepo et al., 2009), cuestionándose incluso el que pueda ser una enfermedad en sí misma o si es, en realidad, un conjunto de síntomas (es decir, un síndrome) correspondiente a enfermedades reumatológicas, neurológicas o inmunológicas (Peñacoba, 2009; Viana, 2009).

Como parte de sus principales síntomas, se encuentran dolor difuso, mantenido y con una localización imprecisa (Yunus, 1984; Salgueiro et al., 2009; Wolfe et al., 2010; Wolfe, 2010 citados por Salgueiro, 2011), el cual se acompaña de fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada, labilidad emocional (angustia, irritabilidad, ansiedad, tristeza e ira) y/o trastornos ansioso-depresivos, dificultades cognitivas, colon irritable, cefalea tensional, dismenorrea primaria y vejiga irritable entre otros (Ballina, 2012; Salgueiro, 2011; Saldívar et al., 2010).

Con respecto a la diferenciación con otros síndromes, considerando la gran cantidad de síntomas que comparte con otras patologías, el American College of Rheumatology (ACR) da a conocer en el año 2010 una actualización de los criterios necesarios para su diagnóstico, los cuales se resumen en (Crofford, 2013):

1. Dolor experimentado durante la semana anterior, basados en los 18 puntos de sensibilidad o «tender points», más un nivel de severidad de fatiga, despertar con cansancio y problemas cognitivos (de memoria o del pensamiento), más un número de otros síntomas físicos generales como rigidez y trastorno del sueño.
2. Estos síntomas deben permanecer tres meses como mínimo en un nivel similar.
3. No hay otro problema de salud que podría explicar el dolor y otros síntomas.

Pero, a lo largo de esta historia, no han sido los únicos criterios de clasificación, ya que en el año 2010 Wolfe aprobó de manera provisional unos nuevos criterios diagnósticos, aún en revisión, los cuales en comparación con los anteriores, son más simples y prácticos para el diagnóstico clínico, y aptos para su uso tanto en las consultas de atención primaria como en las especializadas (Wolfe F., 2010 citado por González, 2013), propuesta en la que la evaluación y diagnóstico se realiza mediante la utilización de dos escalas:

1. Índice de dolor generalizado (WPI por sus siglas en inglés), que evalúa la presencia de dolor localizado en diferentes áreas corporales, no atribuible a otras patologías y referido a la última semana (puede puntuarse entre 0 y 19).
2. Escala de gravedad de síntomas (SS por sus siglas en inglés), está en función de la presencia e

intensidad de una lista de 40 síntomas que pueden acompañar al dolor (Salgueiro, 2011), algunos con frecuencia, como fatiga, sueño no reparador o problemas cognitivos, y otros, en más raras ocasiones, como los cambios en el gusto o las convulsiones (puede tomar valores entre 0 y 12).

3. Y el cumplimiento de tres criterios:
 - a. Puntuaciones en WPI ≥ 7 y SS ≥ 5 o bien, WPI = 3-6 y SS ≥ 9 .
 - b. Los síntomas tienen una evolución mínima de tres meses.
 - c. La persona no tiene una patología que pueda explicar el dolor actual.

Son numerosos los autores que buscan la forma de favorecer la labor diagnóstica a través de perfiles más específicos, entre los que se destacan (Belenguer et al., 2009):

1. Turk, que en 1996 define de forma empírica la existencia de tres subgrupos clasificatorios con un perfil psicosocial diferencial, evaluado de acuerdo con las respuestas obtenidas en el cuestionario Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).
2. Giesecke, que en el 2003 propone unir la clasificación por perfil psicopatológico, promovida por el grupo de Turk, con el análisis personalizado de la respuesta al dolor identificando tres subgrupos de pacientes que pudo relacionarse con la forma en que cada uno de los subgrupos afrontaba la respuesta al dolor, considerando el estado de ánimo (midiendo el grado de depresión y ansiedad), los aspectos cognitivos (evaluando el catastrofismo y control del dolor) y las variables biológicas (umbral del dolor y

evaluación de los puntos dolorosos).

3. Blasco, en el 2006, junto a sus colaboradores propone una fórmula denominada «Índice de perfil psicopatológico en fibromialgia».
4. Belenguer y sus colaboradores, en el 2009, considerando la importancia de las enfermedades concomitantes sintetizan una hipótesis clasificatoria que incluye el perfil psicopatológico como la coexistencia de los distintos procesos y situaciones clínicas que el paciente con FM puede presentar:
 - a. FM Idiopática (tipo I), caracterizada por sensibilidad extrema al dolor no asociada a procesos psiquiátricos.
 - b. FM relacionada con enfermedades crónicas (tipo II), donde las enfermedades sistémicas frecuentemente relacionadas son el síndrome de Sjögren y la artritis reumatoide.
 - c. FM en pacientes con enfermedades psicopatológicas (tipo III).
 - d. FM simulada (tipo IV), por parte de pacientes cuyo objetivo principal suele ser la obtención de una baja laboral permanente.

Si bien estas subdivisiones se han realizado empíricamente, no han sido validadas en grandes series de pacientes y su utilidad, según Turk (citado por Belenguer et al., 2009), estaría relacionado con una mayor individualización del tratamiento y un mayor éxito terapéutico, sin embargo y a pesar de todos estos esfuerzos, en la realidad se mantienen las dificultades en el diagnóstico, los diferenciales o comorbilidades presentes, que pueden provocar otros

problemas que afecten la calidad de vida, el estado de ánimo e incluso a la valía personal de los individuos (Carmona, 2006). Con respecto al pronóstico, es importante recordar que se complejiza al no contar con un claro proceso de diagnóstico y una mirada más integracionista del cuadro, pero en general la mayoría de los pacientes continuarán con dolor y cansancio, de los cuales un 65% de ellos mantendrá su capacidad laboral y el otro 35% restante se sentirá incapacitado para realizar normalmente sus actividades. A pesar de esto, resulta importante rescatar que hay una serie de factores psicológicos que se asocian a un mejor pronóstico, como poseer un mayor sentimiento de control del dolor, no interpretarlo como un signo de daño y también realizar ejercicio físico y tareas rutinarias o rítmicas.

Aspectos Psicológicos

Como se mencionaba al inicio de este trabajo y tomando en cuenta que hay una historia de más de cien años de controversias, existe un enorme cuestionamiento con respecto a los componentes psicológicos que forman parte del proceso de salud-enfermedad de la FM, que hasta el día de hoy plantea serios problemas en su manejo (Salgueiro, 2011). De este modo, el factor psicológico sobresale en esta enfermedad, en primera instancia, porque dentro de los criterios para su diagnóstico, el cuadro clínico no alcanza un sustento basado solamente en lo orgánico, como espera el modelo biológico (Jensen et al., 1994 citado por Collado et al., 2007), pero también, porque a pesar de dichas polémicas, “la implicación de las variables psicológicas está ampliamente documentada, tanto en el inicio de la patología como en su desarrollo y mantenimiento” (Ahles et al., 1984; Ahles et al., 1991; Pastor et al., 1995; Wolfe et al., 1995; Hallberg y Carlsson, 1998; Wolfe y Hawley, 1998; Epstein et al., 1999; Branca y Lake, 2004; Pérez et al., 2004; Bradley, 2005; Berber et al., 2005; Gulec et al., 2007;

Fietta et al., 2007 citados por Salgueiro, 2011, p.25).

La descripción detallada y en profundidad de los elementos psicológicos, favorecen la conceptualización de las características psicológicas, permitiendo a los profesionales no perder de vista la importancia de un diagnóstico integral en favor de la recuperación de los pacientes. Estos aspectos, se basan en diversos modelos o aproximaciones teóricas metodológicas para su comprensión, sin embargo, no se trata de combatir entre estos modelos (Adam, Le Tyrant & Lejoyeux, 2011), sino de proceder en conjunto y complementariamente, en función de entregar a los individuos una mejor atención.

Particularmente, para abordar la FM, Camino, Jiménez, de Castro & Fábregas (2009), Ramos (2007), García et al., (2006) y Molioli & Merayo (2005), coinciden en que la evaluación debe basarse en el modelo biopsicosocial, ya que, es el que se muestra más práctico y clarificador a la hora de explicar enfermedades de «nueva aparición», con una etiología multifactorial, diversidad de síntomas y que tienden a la cronicación, como es el caso de la FM. Los síntomas psicológicos tienden a presentarse heterogéneamente, sin embargo, los que con mayor frecuencia son referidos por los pacientes son los trastornos emocionales como depresión y ansiedad, deterioro cognitivo, estrés, vivencias traumáticas infantiles y malogradas estrategias de afrontamiento, todas las cuales repercuten en la calidad de vida, que se torna agobiante. En general, los pacientes con FM han tenido más trastornos psicoafectivos que parecen predecir la cronicidad de la enfermedad, una red de relaciones sociales mucho más escasa y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente (Nicasio P.M. citado por García, Castel & Vidal (2006), la cual se puede correlacionar con la intensidad del dolor (García et al., 2006). Es importante

destacar, que una de las principales discusiones con respecto a esta esfera, se relaciona con la consideración de que si estas alteraciones psicológicas son previas o secundarias a la enfermedad, evaluación que se vuelve compleja si se considera que el dolor, elemento subjetivo de evaluar, es el síntoma que domina e impregna todo el cuadro.

Personalidad

Definida como un conjunto de características o rasgos biológicos y de aprendizaje que constituyen un patrón de pensamientos, sentimientos y conducta, únicos y relativamente estable de los individuos (Barón, 1996; Millon & Davis, 1998 citados por Gaviria et al., 2006), la personalidad tiene un papel relevante, porque es a partir de sus recursos personalológicos que los sujetos mediatizan la realidad, respondiendo ante las exigencias de la misma, atribuyendo sentido a sus vivencias y experiencias (González et al., 1995). De este modo sigue siendo un elemento polémico, ya que a pesar de que ha sido bastante abordada en las investigaciones relacionadas con la FM, son muchas las discrepancias y aún no se logra un consenso con respecto a los resultados obtenidos. Los últimos estudios, parten de la consideración de que en comparación con otras afecciones reumáticas, en la FM existe una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas, por lo que se alude a una «personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica» (Ahles et al., 1984; Payne et al., 1982; Pérez et al., 2010 citado por Albiol, Gomà-i-Freixanet, Valero, Vega, & Muro, 2014). Teniendo en cuenta esta característica, la mayoría de los estudios buscan ir más allá, y tratan de establecer un perfil más específico de estos pacientes, con el cual se pueda realizar una mejor caracterización del síndrome y sus diagnósticos diferenciales (Pérez, Borrás, Palmer, Sesé, Molina & Gonzalvo, 2004).

De este modo, Albiol et al. (2014) dan cuenta de la dificultad que implica establecer si existe una personalidad premórbida de dichos pacientes, en donde los resultados no estén influenciados por síndromes clínicos no orgánicos o por el propio estado de dolor. Contraria a esta postura, Gaviria et al., (2006) sostienen que en los pacientes con FM, es la vivencia del dolor la que dependerá de las características de personalidad del paciente, así, aunque paradójicas estas posturas, ambas aluden a la importancia de este constructo y su influencia en los resultados terapéuticos. Por su parte, Gatchel, Alvarez y García (citados por Salgueiro, 2011), dan cuenta de una «personalidad fibromialgica», caracterizada principalmente por altos niveles de exigencia, responsabilidad excesiva, perfeccionismo, establecimiento de metas muy altas, escasa tolerancia a la frustración, negación de los conflictos, baja autoestima y necesidad excesiva de reconocimiento y aceptación externa, patrón similar al descrito por Blumer y Heilbronn (citados por Peñacoba, 2009) como «personalidad proclive al dolor» descrita en personas con síndromes de dolor poco definidos y con tendencia compulsiva de “sobrerealización” en combinación con otras características como falta de asertividad y dificultad para identificar emociones negativas, especialmente ira, frustración y tristeza.

Estos estilos de personalidad, tienen en común la exposición a altos niveles de estrés y el deterioro causado por ello, hechos que respaldan la importancia de este factor como reforzador o agravante de los síntomas (González, García & Landero, 2011), así también, las experiencias infantiles negativas como pobreza, falta de afecto, eventos traumáticos repetitivos o abuso físico o sexual, también pueden incrementar la susceptibilidad a la enfermedad.

Pero no todos los resultados se refieren a características negativas, ya que los

resultados obtenidos por Ayats, Martín & Soler, (2006), dan cuenta de que si bien, las mujeres diagnosticadas con FM tienen algunos rasgos específicos en su patrón de funcionamiento, en el que se destaca un estilo de funcionamiento más pasivo y una tendencia a la introversión, no siempre se desencadena un trastorno o psicopatología. Así, en el último tiempo se ha ido aumentando las investigaciones que se encuentran trabajando en conceptos como apoyo social, la competencia percibida, estrategias de afrontamiento y calidad de vida (Rudnicki, 2001; Martín et al., 2001 citado por Peñacoba, 2009; Anarte et al., 2001 citado por Torre et al., 2008 y González et al., 2011), los cuales apuntan a rescatar los denominados factores protectores y recursos internos en esos individuos. Todos estos aspectos resultan relevantes, ya que una cosa es describir un tipo de personalidad, cómo las mencionadas anteriormente, y otra distinta, estimar si dicho estilo o patrón se encuentra, según los manuales de clasificación diagnóstica, en el rango de la normalidad o anormalidad.

Evaluación

Una adecuada evaluación psicológica, permitirá contribuir a la identificación de aquellos factores involucrados en la etiopatogenia de la enfermedad y colaborar en el diagnóstico diferencial a través de la caracterización personalológica de los pacientes. Sin embargo, si se considera que un buen tratamiento comienza con un buen diagnóstico, se puede apreciar que, incluso, hace un importante aporte a los procesos posteriores como la intervención (García et al., 2006).

Particularmente, para abordar la FM, Camino, Jiménez, de Castro & Fábregas (2009), Ramos (2007), García et al., (2006) y Molioli & Merayo (2005), coinciden en que la evaluación debe basarse en el modelo biopsicosocial, ya que, es el que se muestra más práctico y clarificador a la hora de explicar enfermedades de «nueva

aparición», con una etiología multifactorial, diversidad de síntomas y que tienden a la cronificación. Dicha sintomatología involucra diversas áreas de la vida de los individuos, ya que, la gran mayoría de los pacientes evaluados, ven enormemente mermada su capacidad física, su actividad intelectual, su estado emocional, sus relaciones personales, de pareja y familiares, su carrera profesional y su salud mental (Bernard et al., 2000, Paulson et al., 2003 citados por Salgueiro, 2011), y que se pueden expresar en distintos trastornos de tipo depresivo, distímicos, de ansiedad, obsesivos compulsivos, de pánico, por somatización, de personalidad, fobias y concomitantemente la dependencia de alcohol y medicamentos (García et al. 2006). Una vez conocidos los síntomas o la presencia de trastornos, Adam et al., (2011), consideran que resulta favorable el poder distinguir de entre las expresiones psicológicas, las que favorecen la aparición o el mantenimiento de una enfermedad osteoarticular, las que surgen como la repercusión de las enfermedades osteoarticulares y las somatizaciones con expresión osteoarticular, que constituyen la expresión física de un trastorno psíquico de tipo neurótico o depresivo. Todo esto, con el propósito de ampliar el entendimiento del proceso etiológico y patógeno de la FM, favoreciendo con esto la inespecificidad del diagnóstico y el tiempo implicado en ello.

Intervención

Es otra labor relevante dentro de las funciones de la disciplina psicológica, donde una vez realizado el diagnóstico y determinados los aspectos involucrados y/o alterados, resulta preciso establecer su modo de tratarlos, contribuyendo así, a la recuperación del individuo. En esta tarea, al igual que en las anteriores, es posible encontrar diversos modelos teóricos, situación que cobra especial importancia al trabajar con el dolor, el cual requiere de la utilización de múltiples estrategias. Molioli & Merayo (2005) y Vallejo (2005) proponen que habría dos grupos específicos de

trabajo, unos que se ven severamente afectados por el dolor, precisando de actuar sobre los aspectos emocionales que pueden incrementarlo y reducir el impacto en su vida como tensiones y los estados emocionales de irritación y/o ansiedad, y el otro, que estaría compuesto por personas que además del dolor, presentan problemas interpersonales, sociales, o estrategias de afrontamiento inadecuados. De esta manera, si ya es complejo intervenir psicológicamente el dolor, lo es más aún, si el paciente, predispuesto, piensa que el tratamiento es inadecuado porque no se le está considerando el dolor como una «verdadera enfermedad», ya que vivencia la derivación a la unidad de psicológica y/o psiquiátrica como un abandono (Adam et al., 2011).

Otro punto importante, es la prontitud con que se inicie una intervención, ya que, se muestran más útiles aquellas que se realizan en los periodos iniciales a la cronificación y resultan ineficientes cuando se aplican de forma tardía, situación bastante compleja en el caso de la FM, considerando las actuales dificultades para establecer el diagnóstico. Por este motivo, se ha intentado contribuir a la obtención de un diagnóstico temprano, a través de la identificación de subpoblaciones más homogéneas, suponiendo que facilitaría la individualización del tratamiento, el cual sería acorde a las características comunes y contribuiría a las expectativas de éxito (Salgueiro, 2011), sin embargo, los intentos por tratar a los pacientes con patologías de dolor crónico como un grupo homogéneo, basándose sólo en la etiqueta diagnóstica, han resultado improductivos, ya que la enorme variabilidad de los síntomas referidos por los pacientes indica que éstos forman probablemente un colectivo heterogéneo (Turk et al., 1998; Giesecke et al., 2003 citados por Salgueiro, 2011), dificultando su evaluación y tratamiento tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación (Carrasco, Jiménez & Márquez, 2010).

El modelo más utilizado para el abordaje de los síntomas antes mencionados, es el Cognitivo Conductual, principalmente a nivel grupal, además de la utilización de herramientas como programas de psicoeducación y pautas de ejercicio, lo que diseñadas específicamente para los pacientes con FM y aplicadas en su conjunto, han demostrado más eficacia que cualquiera de los tratamientos empleados de forma aislada (Gelman et al., 2005; Turk et al., 1998; Patkar et al., 2003; Dadabhoy y Clauw, 2005; Rivera et al., 2006; Goldenberg, 2008 citados por Salgueiro, 2011; Muioli & Merayo, 2005). Sin embargo, los resultados han sido muy variables y se han visto influidos por diversos factores, tales como el tamaño de la muestra, las herramientas utilizadas para la evaluación de los cambios posteriores a la intervención, la duración del tratamiento y las características propias de los pacientes (Salgueiro, 2011), situación que requiere de más investigaciones.

RESULTADOS

El interés por la FM y sus características ha ido en aumento, y el volumen de trabajos publicados se ha triplicado en los últimos años, con un incremento importante de originales en el área de la psiquiatría y la psicología, todo esto asociado a un cambio de paradigma en el entendimiento del dolor crónico, pero igualmente significativo resulta el hecho que después de veinte años de su conceptualización, no se haya alcanzado el consenso en la aceptación de esta enfermedad como entidad clínica definida (Hazenmeijer & Rasker, 2003 citados por Salgueiro, 2011), lo cual puede estar asociado a la gran heterogeneidad de su expresión clínica, que junto con la falta de instrumentos estandarizados para ordenar y clasificar los distintos síntomas y presentaciones clínicas, contribuye al desasosiego y, en ocasiones, a la impotencia de las personas que la padecen (Belenguer et al., 2008).

Justamente, este trabajo pretende lograr una mejor comprensión de la FM, ahondando en aquellos componentes psicológicos, controversiales pero imprescindibles, que caracterizan su proceso de salud-enfermedad. De este modo, la muestra de trabajo estuvo compuesta por 30 fuentes, que fueron obtenidas de manera on-line y que incluye trabajos publicados entre los años 2003 y 2014, de los cuales el 93% es en lengua española. Con respecto a la información analizada, es posible mencionar que del total de fuentes, el 77% corresponde a Artículos de Revistas Científicas, mientras que el resto incluye protocolos de atención, guías informativas y una tesis doctoral. Por otra parte, el 67% presenta un abordaje unidimensional, es decir, sólo considera una esfera de evaluación, ya sea biológica, psicológica o social y el 33% restante es multidimensional, dando cuenta de una apertura, todavía insuficiente, a la mirada integrativa, que busca una mejor comprensión del fenómeno.

Del total de artículos científicos, el 62% son investigaciones con muestra poblacional y el 38% restante, sólo realiza una descripción de las teorías implicadas. Finalmente, en relación al factor psicológico, los trabajos investigativos dan cuenta de un predominio de la labor evaluativa con un 60%, en un 20% se realiza sólo intervención y en el 20% restante se realizan ambas funciones, resultado bastante significativo, considerando que se mantiene un trabajo evaluativo segmentado y aislado. Ahora bien, es importante conocer cuáles son los aspectos más evaluados en la población de pacientes diagnosticados con FM, en primer lugar se encuentra la Calidad de Vida y Depresión, ambos con un 16%, le siguen Ansiedad con un 15%, luego Dolor con un 11%, Personalidad con un 10% y más atrás Estrategias de afrontamiento con un 5% y Apoyo social e Impacto de la FM, ambas con un 3%. Parte de estos antecedentes son respaldados por Alda, García, Pascual y Olmedo (citado por Besteiro, Álvarez,

Lemos, Muñiz, Costas & Weruaga, 2008) y Arcos, Castro, Matarán, Gutiérrez, Ramos & Moreno (2011), quienes refieren que entre los problemas psicológicos más comunes, asociados a la FM, se encuentran precisamente la ansiedad y la depresión, agregando además que son muchos los estudios que consideran que estos son más comúnmente un resultado, que una causa, del dolor y la discapacidad experimentada, interrogante que todavía no tiene un sustento validado.

En relación a este mismo punto, los instrumentos más utilizados en la evaluación de estos aspectos, resultaron ser, para la Calidad de Vida el Cuestionario de Salud SF-36 con un 36% y con un 20% el Inventario de Síntomas Revisado SCL-90-R y el Perfil de Salud de Nottingham. Para medir la Depresión un 70% de los trabajos utiliza el Inventario de Depresión de Beck y para la Ansiedad un 45% opta por el Cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) y un 22% por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). En relación al Dolor, la Escala Analógica Visual (EVA) es utilizada por un 57% de las investigaciones, y para la evaluación de la Personalidad un 33% utiliza el Inventario de personalidad de Eysenck (EPI). En cuanto a las características de las muestras, la totalidad de los estudios presentó prevalencia de mujeres y con una edad que fluctuaba entre los 37 y 62 años, además de tener como requisito de inclusión haber sido diagnosticados según los criterios del American College of Rheumatology (ACR).

Todos estos datos resultan útiles, sobre todo para continuar con la línea investigativa, ya que permite descartar elementos menos relevantes y ahondar en aquellos menos estudiados.

CONCLUSIONES

- A pesar de que existen un gran número de publicaciones, siguen siendo

múltiples las interrogantes que rodean la implicancia del factor psicológico en el proceso de salud-enfermedad de la FM, dado que no se ha llegado a un consenso con respecto a su rol y su relevancia en el proceso de diagnóstico de la enfermedad.

- La evaluación e intervención de los pacientes, sigue siendo escasa y fraccionada, a pesar de que los estudios reconocen la idoneidad del modelo biopsicosocial y multidisciplinario como los más efectivos en cuanto a la comprensión de la enfermedad y su abordaje en cuanto a estrategias terapéuticas, situación que se asocia principalmente a la prevalencia del modelo biomédico en los servicios de salud.
- No existen trabajos que incorporen como parámetro de análisis las distintas fases o etapas de la generación del diagnóstico de FM, considerando que la repercusión de los síntomas no son los mismos en una persona sin diagnosticar, una recién diagnosticada o una que ya ha pasado por algún tipo de tratamiento y sobre todo en esta enfermedad que se caracteriza por un diagnóstico tardío, lo cual puede alterar el cuadro.
- Aún son escasos los trabajos que consideran y utilizan la subdivisión de la FM en subgrupos más homogéneos, tomando en cuenta, como mencionan varios autores, que ante la heterogeneidad del cuadro, la individualización de los pacientes ayudaría a obtener una mejor aproximación diagnóstica y personalización del tratamiento, lo que augura un mayor éxito terapéutico.
- Con respecto a las clasificaciones de personalidad, se han descrito tres tipos principales, personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica, personalidad proclive al dolor y personalidad fibromialgica, las cuales tienen en común y cómo principales características la autoexigencia, el perfeccionismo, la necesidad de reconocimiento y aceptación externa, además de una escasa tolerancia a la frustración y baja autoestima, presentando una mayor exposición al estrés, lo que podría resultar relevantes a la hora de establecer un perfil psicológico, pero que se deben manejar con cuidado para no caer en una estigmatización de los pacientes.
- El nivel de descontento de la población que padece esta enfermedad, no sólo está relacionada con el diagnóstico tardío, sino que también por el desconocimiento que existe por parte de los profesionales de la salud, quienes manifestarían desconfianza de la expresión sintomática de los pacientes, generando múltiples derivaciones. Será que al estar implicados una gran cantidad de síntomas psicológicos los profesionales no están prestando la «atención» necesaria a estos pacientes.
- Tomando en cuenta que los estudios concuerdan que es una enfermedad multicausal, quizá podría considerarse que más que hablar de una causa o etiología, sería más beneficioso hablar de factores predisponentes y desencadenantes, los cuales podrían ayudar a realizar un diagnóstico más oportuno.
- Todos estos argumentos exhortan a seguir explorando los diversos componentes que dan forma a la compleja FM, enfermedad que requiere de una comprensión mucho más integral para ahondar en el desarrollo, mantención y abordaje de su expresión sintomática, ya que a través de esto, se podrá contribuir eficientemente al proceso de recuperación del equilibrio biopsicosocial de las personas afectadas.

REFERENCIAS

- Ablin, J. & Buskila, D. (2014). Predicting fibromyalgia, a narrative review: Are we better than fools and children? *European Journal of Pain*. Vol.18, 1060-1066. doi:10.1002/j.1532-2149.2014.00481.x
- Adam, P., Le Tyrant, A. & Lejoyeux, M. (2011). Approche psychosomatique des affections rhumatologiques. *Appareil locomoteur*, vol.15, 614-624. Recuperado de <http://www.em-consulte.com/es>
- Albiol, S., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D. & Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles. *Anales de psicología*, 30(3), 937-943. doi: org/10.6018/analesps.30.3.153791
- Arcos I., Castro, A., Matarán, G., Gutiérrez, A., Ramos, E. & Moreno, C. (2011). Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, 137(9), 398-401. doi:10.1016/j.medcli.2010.09.045
- Aroca, J., Cano, M., Díez, J., Marín, J., Moreno, M. & otros. (2010). *Protocolo de atención a pacientes con fibromialgia*. Recuperado de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/205544-Protocolo_Fibromialgia.pdf
- Ayats, M., Martín, M. & Soler, P. (2006). Fibromialgia y estilo de funcionamiento. *Psiquiatría Biológica*, 13(6), 193-197. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-generica-46-articulo-fibromialgia-estilo-funcionamiento-13096675>
- Ballina, F. (2012). *Fibromialgia*. En P. Farreras & C. Rozman. *Medicina Interna* (pp. 985-987). La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Belenguer, R., Ramos, M., Siso, A. & Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Rev. Reumatología Clínica*, 5(2), 55-62. doi: 10.1016/j.reuma.2008.07.001
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 411-427. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%F1ol&id=283>
- Camino A., Jiménez, B., de Castro, M. & Fábregas, M. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. *Asociación Española Neuropsiquiatría*, 29(103), 203-215. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100015&lng=es
- Carmona, A. (2006). *Guía de aspectos psicológicos en Fibromialgia*. Obtenido de <http://www.afibrom.org>
- Carrasco, M., Jiménez, C. & Márquez, M. (2010). Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index de Enfermería*, Vol.19, 2-3. doi:org/10.4321/S1132-12962010000200027
- Collado, A., Muñoz, J., Pérez, J., de Santos, P., Gomez, E., Alfonso, L. & otros. (2007). *Protocolos de evaluación y tratamiento de los pacientes con fibromialgia*. Recuperado de <http://laff.es/pdf/PROTOCOLO.pdf>
- Crofford, L. (2013). *Fibromialgia*. Recuperado de <http://www.rheumatology.org>
- Cymet, T. (2003). A practical approach fibromyalgia. *Journal of the National Medical Association*, 95(4), 278-285. Recuperado de <http://www.readbyqxd.com/read/12749618/a-practical-approach-to->

- fibromyalgia +&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=cu
- Díaz, A. & Viana, C. (2009). Actualización en el tratamiento de la fibromialgia. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 16(4), pp.246. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3485958>
- García, V., Castel, B. & Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43. Recuperado de <http://www.reumatologiaclinica.org/es/evidencia-cientifica-los-aspectos-psicologicos/articulo/13085664/>
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépez, M., Echevarría, C. y otros. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, 16(2), 129-138. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/752/1347>
- González, V., Castellanos, D., Córdova, M., Rebollar, M., Martínez, M., Fernández, A. & otros. (1995). *Psicología para educadores*. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- González, S. (2013). *Disfunciones biológicas en el eje hipotálamo-hipofisario del síndrome fibromiálgico y su correlación con variables de la personalidad* (Disertación Doctoral). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/23527/>
- González M., García, J. & Landero, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas Especialidad Psiquiátrica*, 39(2), 81-87. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3424631>
- Houvenagel, E. (2003): Fibromialgia. *Aparato Locomotor*, 36(2), 1-8. Recuperado de <http://www.elsevier.es>
- Moioli, B. & Merayo, L. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12(8), 476-484. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000800002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Moreno, V., Namuche, F., Noriega A., Vidal M., Rueda, C., Pizarro J. & otros. (2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Revista Anales, Facultad de Medicina UNAM*, 71(1), 23-27. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n1/a05v71n1.pdf>
- Peñacoba, C. (2009). Fibromialgia, su reconocimiento como trastorno de salud y su diferencia con el dolor crónico. *INFOCOP, Vol.43*, 14-20. Recuperado de <http://www.infocop.es>
- Pérez, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420. Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- Ramos, J. (2007). Fibromialgia: ¿La histeria en el capitalismo de ficción? *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2933-2946. Recuperado de <http://www.aen.es/web/docs/RevAEN89.pdf>
- Restrepo, J., Ronda, E., Vives, C. & Gil, D. (2009). ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la Fibromialgia? *Revista de Salud Pública*, 11(4), 662-674. doi: 10.1590/S0124-00642009000400017
- Saldívar, A., Beltrán, F. & Torres, I. (2010). Fibromialgia, su reconocimiento como trastorno de salud y su diferencia con el dolor crónico. *Medicina, Salud y Sociedad*, 1(1), 1-4. Recuperado de <http://cienciasdelasaluduv.com/site/index.php/volumen-1-no-1-sep-dic-2010/61->

- fibromialgia-su-reconocimiento-como-trastorno-de-salud-y-su-diferencia-con-el-dolor-cronico
- Salgueiro, M. (2011). *Características clínicas en el Síndrome de Fibromialgia: asociación con la calidad de vida relacionada con la salud y contribución a la caracterización de subgrupos* (Disertación Doctoral). Recuperado de <http://www.tdx.cbuc.es/handle/10803/80455/browse?value=Salgueiro+Macho%2C+Monika&type=author>
- Simon, A. (2014). Estilos de apego adulto en una muestra española de fibromialgia: un estudio piloto transversal. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, Vol.29, 146-154. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4996431>
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. & de Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11(6), 353-359. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000600004&script=sci_abstract
- Torre, F., Corral, J., Callejo, A., Gómez, C., La Torre, S., Esteban, I. & otros. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 15(2), 83-93: Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000200004&script=sci_arttext
- Uceda, J., González, M., Fernández, C. & Hernández, R. (2000). Fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 27(10), 414-416. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-fibromialgia-13280>
- Vallejo, M. (2005). Tratamiento Psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, Vol.8, 41-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617473009>