

## 10. PSICOLOGÍA DE LA FIBROMIALGIA.

Francisco Javier Cano García, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla.

**Sumario:** 1. La fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central. 2. Rasgos y procesos psicológicos que pueden ser relevantes en el desarrollo y evolución de la fibromialgia. 3. Existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia. 4. Existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar. 5. Referencias.

A lo largo de este texto me gustaría desarrollar cuatro ideas principales derivadas la una de la otra. La primera es que la fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central. La segunda es qué rasgos y procesos psicológicos pueden ser relevantes en su desarrollo y evolución. La tercera es que existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia. Y la cuarta es que existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar.

### **1. La fibromialgia es una enfermedad cuya base es la hipersensibilización del sistema nervioso central.**

No comenzaremos por la descripción, caracterización clínica y criterios diagnósticos de la fibromialgia, pues estos han sido suficientemente tratados en el presente volumen. La sensibilización central es un proceso fisiopatológico de hiperexcitabilidad de las neuronas del sistema nervioso central produciendo un descenso del umbral de dolor (hiperalgesia), así como de otras sensaciones (hiperestesia), una percepción alterada de estímulos normalmente no dolorosos (alodinia), y generando también disfunciones vegetativas. La sensibilización central ha sido propuesta como el denominador común de trastornos tradicionalmente etiquetados *síndromes somáticos funcionales* o incluso *síndromes médicamente inexplicados*. Yunus (2009) propone incluir la fibromialgia en los síndromes de sensibilización central, junto al síndrome de fatiga crónica, los trastornos funcionales gastrointestinales (Ej. Síndrome de intestino irritable, colitis ulcerosa, dispepsia funcional, etc.), la cefalea tensional, la migraña, el trastorno tem-

poromandibular, el síndrome de dolor miofascial, el síndrome de piernas inquietas, la sensibilidad química múltiple, la dismenorrea primaria, la cistitis intersticial y el trastorno por estrés postraumático.

Yunus (2009) plantea múltiples factores predisponentes y desencadenantes de la hipersensibilización central como infecciones, procesos inflamatorios, traumas físicos, neuropatía de fibras pequeñas, contaminación química o ambiental, y otros. A estos se añaden otros que se sitúan en una esfera más psicosocial. Son la predisposición genética (incluyendo el temperamento), los problemas de sueño, disfunciones vegetativas, estrés y estrés en etapas tempranas, incluyendo la neonatal.

## **2. Rasgos y procesos psicológicos que pueden ser relevantes en el desarrollo y evolución de la fibromialgia.**

El perfil de una persona que sufre fibromialgia con alto grado de afectación se expresa en cuatro áreas. Por una parte, los síntomas y el sufrimiento se convierten en el centro de su vida, incluyendo peregrinación asistencial (el conocido *doctor shopping*), y conflictos con profesionales de la salud. Funcionalmente, la persona puede reducir sus niveles de actividad hasta la incapacidad máxima, instaurándose en un estatus de invalidez y perdiendo la autonomía previa. En el ámbito psicológico puede aparecer estrés e incluso llegar a producir psicopatologías como trastornos depresivos (45%-65%), trastornos por ansiedad (15%-41%), abuso/dependencia de sustancias (17%-29%) o exacerbar trastornos de personalidad previos (31%-81%) (Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002). En la vida social, la fibromialgia puede generar evitación de actividades y relaciones sociales, aislamiento, incompreensión, conflictos interpersonales, e incluso estigmatización.

El "camino" típico del paciente con fibromialgia tiene cuatro etapas (Sim & Madden, 2008): la experiencia de los síntomas, la búsqueda del diagnóstico, la búsqueda de legitimidad y el manejo de la enfermedad.

El ajuste psicológico a una enfermedad crónica como la fibromialgia pivota sobre cinco grandes tipos de factores: la personalidad, el estrés y el afrontamiento, los recursos interpersonales, los recursos económicos y factores culturales (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007).

En el ámbito del dolor crónico y la fibromialgia son conocidos los distintos perfiles de ajuste a la enfermedad desde hace décadas. En un estudio pionero, Turk & Rudy (1988) evidenciaron empíricamente la existencia de tres de ellos. Al primero lo denominaron *adaptativo*, caracterizado por sín-

tomas y estrés tolerables, mínima discapacidad y considerable percepción de control de la enfermedad. Al segundo lo denominaron *disfuncional*, por la presencia de dolor y estrés intensos, elevada discapacidad y percepción de indefensión ante la enfermedad. Al tercero lo llamaron *interpersonalmente estresado* debido a sus particulares características de incomprensión y falta de apoyo social percibido, además de sentimiento de estigmatización.

Mannerkorpi, Kroksmark, & Ekdahl (1999), desde una perspectiva fenomenológica exploraron los distintos ajustes psicológicos a la fibromialgia. Utilizando entrevistas en profundidad encontraron cuatro áreas de ajuste: el manejo de los síntomas, el cumplimiento de las obligaciones, la vida social y la identidad personal. Denominaron *esforzado* a un primer tipo de personas que se consideró capaz de manejar los síntomas, para quienes el cumplimiento de las obligaciones era prioritario, tenían una vida social restringida salvo en lo profesional y que tenían una identidad personal preservada. Un segundo tipo de personas con fibromialgia recibió la denominación de *adaptado*. Similar al *esforzado* en cuanto al manejo de síntomas y la identidad personal, se caracterizó, sin embargo, por una autolimitación de las obligaciones en lugar de en la vida social, la cual se preserva en relación con la vida previa al padecimiento de la enfermedad. Junto a estos dos perfiles razonablemente ajustados, los autores encontraron dos perfiles de desajuste, a los que denominaron *desesperado* y *desesperanzado*. Comparten, en contraste con los anteriormente descritos, una incapacidad percibida para manejar los síntomas. Se diferencian en que el perfil *desesperado* quiere y no puede mantener el cumplimiento de obligaciones y la vida social, lo cual le genera fundamentalmente ansiedad, mientras que el *desesperanzado* ha abandonado ese anhelo, experimentando fundamentalmente depresión.

### **3. Existen modelos psicológicos útiles para comprender la fibromialgia.**

Un avance teórico fundamental en nuestro entendimiento del dolor, la ya clásica Teoría de la Puerta de Control (Melzack & Wall, 1967) invitó a la Psicología a realizar aportaciones sobre cómo emociones, pensamientos y conductas formaban parte, junto con las sensaciones, de la experiencia dolorosa, base constitutiva del síndrome de fibromialgia. En nuestro estado actual de conocimientos, dos modelos psicológicos compiten a nivel de evidencia científica: el Modelo Cognitivo-Conductual y el Modelo de Flexibilidad Psicológica.

La esencia del Modelo Cognitivo-Conductual (Ehde, Dillworth, & Turner, 2014) es la Teoría del Estrés (Lazarus, 2006). Dicho en términos sencillos, en un nivel individual, la fibromialgia y sus síntomas son estresores crónicos que la persona debe significar y manejar en su día a día. El balance entre las demandas que impone la enfermedad y los recursos que la persona utiliza para afrontarla es el que termina incrementando o no la sensibilización central que experimenta. Entre los factores conductuales que promueven la sensibilización central se han evidenciado la actividad inadecuada (por exceso o por defecto) y la tensión muscular; entre los emocionales, cualquier tipo de emoción desagradable, como la ansiedad, la ira, la tristeza o la vergüenza; entre los cognitivos, la atención excesiva a los síntomas, la memoria de los mismos, la rumiación, atribuciones erróneas y expectativas de control y autoeficacia percibida inadecuadas. Entre los factores conductuales que contrarrestan la sensibilización, “cerrando la puerta” a los síntomas, encontramos la actividad adecuada y la relajación muscular; entre los emocionales, los sentimientos positivos; entre los cognitivos, la distracción, la focalización externa de la atención, el afrontamiento activo y adecuadas percepción de control y autoeficacia. Toda esta experiencia individual debe ser contextualizada además, en un marco social y cultural que indudablemente la condiciona.

Por su parte, el Modelo de Flexibilidad Psicológica (McCracken & Morley, 2014) tiene raíces conductuales pero su fundamento es el concepto de flexibilidad psicológica. En la fibromialgia, como en otras enfermedades y circunstancias que generan sufrimiento, puede generarse un proceso inflexibilidad o rigidez psicológica caracterizado por falta de claridad o de contacto con los valores personales; por inacción, impulsividad o persistencia evitativa; por apego disfuncional al yo conceptualizado (identificación del yo con los procesos mentales propios); por fusión cognitiva (identificación de la realidad con los procesos mentales propios); por evitación experiencial; y por falta de contacto con el momento presente. Desde este modelo, un funcionamiento psicológico adecuado, caracterizado por la flexibilidad, se sitúa en los extremos opuestos, es decir, por una dirección vital guiada por valores propios; una acción comprometida; una concepción del yo como contexto; por la defusión cognitiva (separación de la realidad de los procesos mentales propios); por la aceptación de la experiencia; y por el contacto con el momento presente (conciencia plena).

#### **4. Existen tratamientos psicológicos eficaces para abordar la fibromialgia en un contexto interdisciplinar.**

En la actualidad se dispone de más de una veintena de tratamientos psicológicos aplicables a la fibromialgia (Jensen & Turk, 2014; Lee, Crawford, & Hickey, 2014). No obstante, dos modalidades de tratamiento multi-componente, las basadas en los modelos teóricos anteriormente expuestos, son las que han demostrado el máximo nivel de evidencia empírica según la Asociación Psicológica Americana (APA): la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La Terapia Cognitivo-Conductual ha sido protocolizada para ser aplicada a grupos reducidos de 8-12 personas en sesiones de 1,5 a 2 horas. Estas sesiones tienen un enfoque didáctico y motivador potenciado por la experiencia grupal. A modo de ejemplo, uno de estos protocolos, desarrollado en nuestro país (Moix Queraltó & Kovacs, 2009), incorpora las siguientes sesiones: introducción a la terapia cognitivo-conductual; técnicas de respiración y relajación; técnicas de manejo de la atención; técnicas de reestructuración cognitiva (modificación de pensamientos disfuncionales); técnicas de resolución de problemas; técnicas de manejo de emociones y asertividad; valores y establecimientos de objetivos; organización del tiempo y actividades reforzantes; promoción del ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas. En uno de los últimos metaanálisis publicados (Perrot & Russell, 2014), los tratamientos cognitivo-conductuales habían conseguido tamaños de efecto grandes en la reducción de la fatiga y medianos en la reducción del dolor, la mejora del sueño, la mejora del estado de ánimo, el incremento de la capacidad funcional y del rendimiento mental.

Por su parte, la Terapia de Aceptación y Compromiso también ha comenzado a ser protocolizada para aplicarse en grupo. Por ejemplo, Vowles, Wetherell, & Sorrell (2009) han desarrollado un programa de ocho sesiones consistentes en: introducción al tratamiento; establecimiento de metas y curso del tratamiento; *aprender a vivir* con dolor crónico; valores y acción; deseos, pensamientos y sentimientos; acción; compromiso; y mantenimiento a lo largo de la vida. En uno de los últimos metaanálisis disponibles, la terapia de aceptación y compromiso demostró tamaños de efecto grandes en la reducción de la discapacidad, en la mejora de la calidad de vida, en ansiedad, en flexibilidad psicológica y en autoeficacia percibida para el manejo de la enfermedad; así como tamaños de efecto

medios en el impacto de la fibromialgia, en depresión y en intensidad del dolor (Lee et al., 2014).

## 5. Referencias.

DERSH, J., POLATIN, P. B., GATCHEL, R. J., *Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations*, Psychosomatic medicine, 64(5), 2002; 773-786.

EHDE, D. M., DILLWORTH, T. M., TURNER, J. A., *Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research*, American Psychologist, 69(2), 2014; 153.

JENSEN, M. P., TURK, D. C., *Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists*, American Psychologist, 69(2), 2014; 105.

LAZARUS, R. S., *Stress and emotion: A new synthesis*, Springer Publishing Company, 2006.

LEE, C., CRAWFORD, C., HICKEY, A., *Mind-Body Therapies for the Self-Management of Chronic Pain Symptoms*, Pain Medicine, 15(S1), 2014; S21-S39.

MANNERKORPI, K., KROKSMARK, T., EKDAHL, C., *How patients with fibromyalgia experience their symptoms in everyday life*, Physiotherapy Research International, 4(2), 1999; 110-122.

MCCRACKEN, L. M., MORLEY, S., *The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management*, The Journal of Pain, 15(3), 2014; 221-234.

MELZACK, R., WALL, P. D., *Pain mechanisms: a new theory*, Survey of Anesthesiology, 11(2), 1967; 89-90.

MOIX QUERALTÓ, J., KOVACS, F. M., *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*, 2009.

PERROT, S., RUSELL, I., *More ubiquitous effects from non-pharmacologic than from pharmacologic treatments for fibromyalgia syndrome: A meta-analysis examining six core symptoms*, European Journal of Pain, 18(8), 2014; 1067-1080.

SIM, J., MADDEN, S., *Illness experience in fibromyalgia syndrome: A meta-synthesis of qualitative studies*, Social science & medicine, 67(1), 2008; 57-67.

STANTON, A. L., REVENSON, T. A., TENNEN, H., *Health psychology: psychological adjustment to chronic disease*, Annu. Rev. Psychol., 58, 2007; 565-592.

TURK, D. C., RUDY, T. E., *Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data*, Journal of consulting and clinical psychology, 56(2), 1988; 233.

VOWLES, K. E., WETHERELL, J. L., SORRELL, J. T., *Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention*, Cognitive and Behavioral Practice, 16(1), 2009; 49-58.

YUNUS, M. B., *Central sensitivity syndromes: an overview*, Journal of Musculoskeletal Pain, 17(4), 2009; 400-408.