



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA**

Manuel Álvarez Romero, Isabel Forastero Romero, Enrique Díaz Sánchez,

Fernando Martínez-Pintor

[malvarez@psicosomatica.net](mailto:malvarez@psicosomatica.net)

fibromialgia, dolor, equilibrio

### **RESUMEN**

La Fibromialgia es un tema claramente en evolución tanto en cuanto a lo conceptual como en razón de su abordaje. Sea su consideración una enfermedad, síndrome o trastorno..., o sea negada como entidad específica, es amplísima la literatura que ha desarrollado y que la viene tratando desde el diagnóstico hasta su complejo tratamiento y evolución. Se ha llegado a hablar de "complejidad o misterio" al tratar esta dolencia.

Muy vinculada a la Psicopatología lo que nos proponemos desde las Sociedades Andaluza y Española de Medicina Psicosomática es continuar profundizando en su abordaje desde la medicina de familia, la medicina interna, la reumatología e incluso el propio quehacer o parecer de quienes la padecen.

La perspectiva psicosomática preconiza la psicoterapia de Aceptación y compromiso o la Cognitivo conductual como los medios terapéuticos más útiles, sin descartar la farmacología, la fisioterapia, la rehabilitación, la Coherencia Cardíaca, etc.

### **INTERÉS DE NUESTRA PONENCIA**

Pocas enfermedades han presentado un curso histórico con tantas derivaciones etiológicas y clínicas como la FM. Si busco ideas al respecto en mi memoria puedo situarme en los congresos de nuestras sociedades de Medicina Psicosomática y recordar que hace 30 años se señalaban síntomas patognomónicos, signos ineludibles, datos analíticos o pruebas de imagen iluminadoras, etc...Quedó registrado en mi memoria la aparición y desaparición continuada e irregular afirmando y negando el valor de estos datos.

## **PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA**

Ahora estamos instalados, para bien o para mal en una perspectiva etiológica psicosomática que abarca a todos los aspectos que integran el paradigma bio-psico-socio-eco-espiritual de la persona. Siguiendo este paradigma psicosomático hemos vivido la experiencia positiva de actuar sobre la propia conciencia de los pacientes y apelar a su colaboración estrecha y continuada con éxitos aceptables.

Son numerosas las ocasiones en que una paciente con el diagnóstico de FM en su mochila me ha sorprendido con un: "mire doctor, usted no ha curado mi FM, pero me ha enseñado a sobrellevarla. Así se puede vivir".

### **CONCEPTOS BÁSICOS**

No es fácil delimitar el concepto nosológico de la FM: enfermedad, trastorno, proceso inflamatorio, síndrome de desensibilización central, entidad reumatológica, proceso mental de índole depresivo, etc. De hecho, la FM puede generarse como una enfermedad Primaria o Secundaria.

Y un par de preguntas en el aire... ¿Por qué es más frecuente entre mujeres que entre varones?

¿A quién le corresponde atender a un paciente con FM? Se suele apelar al llamado equipo pluridisciplinar, pero suele quedar impreciso quién lo coordina con conocimiento y eficacia.

Por otra parte, sería muy conveniente para el entendimiento de nuestro proceso, estudiar los conceptos de Dolor, Sufrimiento, Salud Mental, Trastorno de Personalidad, etc.

### **LA FM EN LA CONSULTA**

¿A quiénes acude, en busca de atención, un paciente con FM? No me siento movido por la ironía cuando viene a mi mente la respuesta espontánea: ¿A las medicinas alternativas y remedios similares? Así me parece entender que ha ocurrido en las últimas décadas. En la actualidad, pienso que reciben pacientes con FM los médicos de familia, que derivarán en su mayoría si tienen donde hacerlo, los internistas de centros hospitalarios y otras instituciones, los profesionales de la Rehabilitación y la Fisioterapia, los centros de reumatología, los psicólogos y psiquiatras, ..... Otra faceta a estudiar y resolver.

## **PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA**

### **ANTROPOLOGÍA DE LA FM**

En el abordaje de los procesos de FM hay que comenzar considerando que está enferma la Persona, que es una. Pensamos que supone una notable aclaración distinguir entre Enfermedad y Dolencia.

En una persona concreta, los límites entre salud y enfermedad son borrosos. La salud y la enfermedad son un «continuo» y forman parte de un mismo proceso. Nos encontramos con la llamada zona gris, entre la salud y la enfermedad, que tantas veces encontramos en los pacientes y entre quienes nos rodean.

Como ya referimos en la Revista "Bioética y Ciencias de la Salud", Publicado en la edición de Vol. 7 (2) 2019, Julio – Diciembre, la diferencia existente entre Enfermedad y Dolencia es bien clarificadora.

Podemos entender la Enfermedad como una entidad clínica que está en los tratados de Medicina o en las historias clínicas. Sin embargo, la Dolencia es una vivencia, un estado instalado, aunque con dinamismo propio, en la Persona que es el paciente.

El sujeto operante de la Medicina Centrada en la persona (MCP) es el profesional de la salud y fundamentalmente el Médico, en cualquiera de sus especialidades o campos de actuación. Y aquí deseamos hacer referencia a esos otros profesionales de la salud a los que con frecuencia se les traspasa el papel directivo en la atención del paciente concreto (Enfermería, Auxiliares, Fisioterapeutas, Podólogos, Odontólogos, etc.).

La Persona enferma exige ser atendida por otra Persona, no por un robot, un Alguien, que pueda estudiarla, mirarla, percibirla e interactuar con ella.

Todos podemos ser alguna vez "Médicos" o Quimiatras, un colega les llama también Boticarios. Y en este aspecto, es fundamental destacar la fuerza curativa de la palabra y de la ternura, aún con este tono humorístico de un gran escritor como el que escribe: *"Los médicos son útiles, no porque nos hagan tragar toda clase de sustancias dañinas, sino porque corresponden a una necesidad psíquica del paciente y de sus allegados, la eterna necesidad de la esperanza, simpatía y ayuda que únicamente un ser que sufre es capaz de experimentar"* (León Tolstói).

El proceso salud-enfermedad es multidimensional, los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales y culturales interactúan, positiva o negativamente y de manera continuada. Se trata así de dar el paso de lo unidimensional a lo multidimensional y aplicarlo a un proceso tan complejo como es la Fibromialgia.

## **PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA**

Del Prof. Rafael Cobos (Sevilla) aprendí el concepto de Siddhartha Gautama Buda "No lastimes a los demás con lo que te causa dolor a ti mismo". Junto al dolor generalizado urente, penoso, persistente, agotador y con hinchazón encontramos una amplia gama de Sufrimientos.

**El Sufrimiento es una reacción afectiva producida por un estado emocional.** La reacción emocional asociada al sufrimiento, puede llegar a ser mucho más intensa e insoportable que un fuerte dolor físico ¿Cuántos no preferiríamos un fuerte dolor de muelas al sufrimiento ocasionado por una pérdida personal importante? Y un dolor crónico llega a hacer que la persona se plantee el ¿para qué? O el ¿porqué de su vida?

Entre las teorías etiológicas desarrolladas en torno a la FM contamos con la Muscular, Endocrina, Neológica y la Psicopatológica (Trastorno por somatización, Depresión encubierta, Trastorno del ánimo...)

## **MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA**

La Medicina Centrada en la Persona (MCP), de la que ya hemos hablado es un Paradigma nuevo y eficiente! que se enmarca en la intención y el ejercicio de la atención a la Persona, con un renovado y eficiente alcance y una profundidad en sentido estricto y amplio. Y tiene como objetivo y finalidad a la Persona enferma o sana, desde su concepción hasta su muerte natural. Contrasta con la Medicina Basada en la Evidencia, a la que acude como complementaria para buscar el contraste realista y eficiente.

## **GLOBALIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TRATAMIENTO**

No podemos olvidar, tal como afirmaba el Dr. Arbert Jovell que "*lo importante es el enfermo, no la enfermedad*" y a ello nos acogemos a la hora de la globalidad del tratamiento con sus múltiples facetas, junto a la especificidad humanizadora que ya hemos tratado en diversos trabajos tal como sucede en el texto "La humanización de la Medicina en el S. XXI". Editorial CEU, Madrid 2016 coordinado por el Prof. Antonio Piñas Mesa en el capítulo sobre "la Perspectiva Psicosomática" escrito por nosotros mismos.

Consideramos la necesidad de tres pilares fundamentales en el abordaje terapéutico de la FM: Farmacológico, fisioterapéutico y psicoterapéutico.

Para enfatizar lo que venimos diciendo traemos a colación una reciente publicación en torno a la relación de la FM y el suicidio.

## **PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA**

En "Suicidio en la fibromialgia: una revisión sistemática de la literatura", de Daniella Levine y Danny Horesh, en "Frontiers in Psychiatry" (<https://www.frontiersin.org>) se relata la elevada incidencia del dolor y el sufrimiento de la FM en el quebrantamiento de los pilares que sostienen la esperanza de mejorar la calidad de vida y la esperanza de vivir. Siendo la fibromialgia (FM), una afección reumática poco conocida en su etiología, se caracteriza por dolor crónico y comorbilidades psiquiátricas, sobre todo depresión y ansiedad. Los síntomas adicionales incluyen dificultades para dormir, fatiga y diversos deterioros cognitivos. Además, la FM está rodeada de un marcado estigma social, debido a la naturaleza y etiología poco claras de esta afección. Si bien existe una amplia evidencia del sufrimiento emocional y psicológico de las personas con FM, el alcance del suicidio, así como los factores subyacentes que están asociados con la ideación y el comportamiento suicida entre esta población, aún no se comprenden bien.

La presente revisión, que es la primera de su tipo, tiene como objetivo resumir los datos existentes sobre la prevalencia de resultados relacionados con el suicidio entre los pacientes con FM, destacar los factores asociados con la ideación y el comportamiento suicida en la FM, e identificar lagunas en la literatura para informar mejor la investigación y la atención clínica.

Se extrajeron estudios de la literatura que midieran la ideación suicida, el intento de suicidio y / o el suicidio consumado entre pacientes con FM. Los resultados indicaron que tanto la ideación suicida como la conducta suicida prevalecían entre las personas que padecían FM. La comorbilidad psiquiátrica, las dificultades para dormir y la hospitalización se asociaron tanto con la ideación suicida como con la conducta suicida. El deterioro funcional se asoció con la ideación suicida en la FM. Los factores asociados con niveles más altos de comportamiento suicida en la FM incluyeron el sexo femenino, el desempleo y menores ingresos, la comorbilidad médica y la drogodependencia.

Si bien es importante comprender mejor los factores de riesgo actualmente reconocidos para mejorar la investigación y la atención clínica de la FM, hay que aceptar la identificación de algunas limitaciones metodológicas y conceptuales más claras en los estudios revisados. El trabajo futuro debería centrarse en estudios longitudinales, así como en obtener una mejor comprensión biológica y psicológica de los fundamentos de la FM y el suicidio.

## **PERSPECTIVA PSICOSOMÁTICA DE LA FIBROMIALGIA**

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Barreda, A. Fibromialgia: un dialogo terapéutico. Themata, 2016
2. Forastero, I. Conocer la fibromialgia. Una recuperación. Sevilla, 2016
3. Martínez-Pintor, F. Fibromialgia Psicosomática y Antropológica. De las Neurociencias a la Clínica. Círculo Rojo, 2018.