



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“FIBROMIALGIA: UN ANÁLISIS DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO
DE SALUD BIOLÓGICA”**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Tapia Barrón César Alberto



Directora: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano
Dictaminadores: Mtra: Antonia Rentería Rodríguez
Mtra: Norma Yolanda Rodríguez Soriano

Los Reyes Iztacala, Estado de México a 21 de Mayo del 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mí madre: Por apoyar mis proyectos personales y siempre alentarme a dar todo para lograr mis objetivos. Finalmente, a pesar de las constantes diferencias de opinión que llegamos a tener, sin ti no sería la persona que soy hoy en día.

A mi hermano: Por esa extraña relación que tenemos, donde ambos sabemos que siempre estaremos el uno para el otro. Pero, sobre todo, por demostrarme que sí se pueden lograr los sueños personales a pesar de que poca gente confíe en ti.

A Winter, mi profesor personal: Por enseñarme la mayor parte de psicología que no aprendí durante la licenciatura. Por las correcciones y ánimos para terminar mi proyecto de titulación. También por inculcarme el deseo a aprender más y que la única persona con la cual debo competir, es conmigo mismo.

A Cristian Ocampo: Por siempre tener la disposición para leer todas las cosas sin sentido que escribo; mucho de lo escrito aquí se debe a sus comentarios.

A la Dra. Mayuya: Por ser la mejor profesora que tuve a lo largo de toda mi licenciatura y mostrarme a trabajar como un verdadero profesional. Agradezco también las horas dedicadas a la revisión de este proyecto y por aguantar mi constante procrastinación. Finalmente, por mostrarme que para ser interconductorista no es necesario ser arrogante y engreído.

A mis amigas de la facultad: Mi estancia a lo largo de toda la universidad fue mucho más divertida a su lado; imposible olvidar todas las cosas que vivimos ahí, las horas libres, los malos profesores, los logros personales. La universidad no únicamente me dejó conocimiento, también me dejó su valiosa amistad.

A Gaby: La persona más importante que conocí en toda la Facultad. Auspiciadora de mis ganas por superarme personal y profesionalmente. Por ser mi oído y hombro en mis momentos de estrés y frustración. Por brindarme siempre un consejo sincero y buscar mi bienestar.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1. FIBROMIALGIA	4
1.1. <i>Definición</i>	5
1.2. <i>Causas Biológicas</i>	6
1.3. <i>Síntomas</i>	10
1.4. <i>Clasificación</i>	11
1.5. <i>Diagnóstico</i>	13
1.6. <i>Tratamiento</i>	16
CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA Y SALUD.	19
2.1. <i>Teorías psicológicas de la salud y su relación con la fibromialgia</i>	20
2.1.1. <i>Modelo Biopsicosocial</i>	21
2.1.2. <i>Modelo de creencias en la salud</i>	23
2.1.3. <i>Teoría de la acción razonada</i>	26
2.1.4. <i>Modelo Transteórico</i>	28
2.2. <i>Aspectos críticos generales</i>	31
CAPITULO 3. MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA	33
3.1. <i>El proceso psicológico de la salud</i>	35
3.1.1. <i>Historia interactiva del individuo</i>	35
3.1.2. <i>Competencias funcionales presentes</i>	36
3.1.3. <i>Modulación de los estados biológicos</i>	37
3.2. <i>Los resultados del proceso psicológico de salud</i>	37
3.2.1. <i>Vulnerabilidad biológica</i>	38
3.2.2. <i>Conductas instrumentales y salud</i>	39
3.2.3. <i>Patología biológica y comportamientos asociados</i>	40
4. LA FIBROMIALGIA DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA	43
4.1. <i>Fibromialgia: ¿enfermedad psicológica?</i>	43
4.2. <i>Modelo Psicológico de Salud Biológica y Fibromialgia: La Inserción del Psicólogo en el Campo de la Salud</i>	48
CONCLUSIONES	51
REFERENCIAS	53
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad que afecta a los músculos, tendones y articulaciones, ocasionando dolor, rigidez y sensibilidad. Una característica esencial del padecimiento, es que los tejidos involucrados no presentan inflamación, por tanto, a pesar de presentar dolor potencialmente incapacitante, no se desarrolla daño alguno en los tejidos (Chaves, 2013).

Dicha patología se ha rodeado de un halo de polémica, puesto que no se ha podido generar una entidad nosológica que permita su correcto diagnóstico, además de que las pruebas que podrían dar algún indicio siempre resultan negativas (Donoso & Lorenzo, 2016). Esto ha desembocado en considerar los síntomas como una cuestión meramente “subjetiva” (Contreras & Tamayo, 2005).

La fibromialgia ha sido atribuida a alteraciones del sueño, musculares, hormonales, factores psicológicos y recientemente se ha apuntado a un fenómeno de sensibilización central (y también periférica) del Sistema Nociceptivo (Comeche et al., 2010). No obstante, tal y como mencionan Rodríguez y Frías (2005), para que se produzca una enfermedad intervienen diferentes factores además de los biológicos, e incluso, se sostiene la posibilidad de que se aprende a estar enfermo.

Actualmente, la psicología ha intentado profundizar en el campo aplicado de la salud. Respecto a la fibromialgia se han realizado evaluaciones, indagaciones y tratamientos en torno a los factores psicológicos que juegan un papel importante en el padecimiento. Comeche et al. (2010) mencionan que los síntomas psicológicos que presentan los pacientes con fibromialgia son ansiedad y depresión, asimismo, refieren que están presentes desde la fase inicial, dado que, previo a la enfermedad los pacientes suelen presentar períodos de crisis acompañados de desequilibrio físico, psicológico y social.

Por su parte, García–Bardón, Castel–Bernal y Vidal–Fuentes (2006), mencionan que para entender la FM es necesario partir de un punto de vista biopsicosocial, puesto que no se puede abordar únicamente desde lo biomédico. Los autores exponen que diferentes investigaciones han demostrado que los pacientes con FM han tenido más trastornos emocionales, escasas estrategias para afrontar el dolor, pocas relaciones sociales y vínculos sociales negativos en

relación a personas sin FM; asimismo, presentan distorsiones cognitivas respecto a la naturaleza y/o progresión de la enfermedad e incluso, se han demostrado correlaciones significativas entre cogniciones negativas e intensidad percibida de dolor.

Los análisis que se han realizado hasta el momento evidencian algunos problemas para la práctica profesional y científica del psicólogo. En primer lugar, nociones tales como <ansiedad>, <depresión>, <desequilibrio psicológico>, <trastornos emocionales>, no dan cuenta de la verdadera naturaleza del fenómeno, lo cual conduce a un análisis (la mayoría de las veces) pobre, respecto a la dimensión psicológica de la fibromialgia (y cualquier enfermedad). En segundo lugar, al no existir claridad respecto a los factores que regulan la enfermedad, se vuelve un tanto complicado y difuso el intentar generar formas de intervención eficaces.

En términos generales, al existir demasiada confusión en la rama biomédica respecto a la etiopatogenia de la fibromialgia, se ha reducido a explicarla como una “enfermedad psicológica” o “psicosomática”; sin embargo, resulta imposible reducir un padecimiento a cuestiones meramente psicológicas o definirla de tal forma, por el contrario, podemos asumir que existe una dimensión psicológica respecto a una patología biológica y es ahí donde se debe de esclarecer y profundizar sobre el tema, ya que de esta manera se podrán generar formas de intervención que permitan coadyuvar a la salud del paciente.

Ribes (2008) menciona respecto a la dimensión psicológica de la patología biológica:

“el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud – enfermedad de un individuo particular; constituye en realidad la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud – enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente” (p, 15).

Por ello, se vuelve necesario, no únicamente, seguir indagando sobre la dimensión psicológica de la fibromialgia, sino, además, cambiar la óptica desde la

que analizamos, todo ello con el fin de poder hacer interpretaciones acordes al fenómeno en cuestión y no suposiciones sobre procesos hipotéticos (v. gr. estructuras cognoscitivas, aparato psíquico). Kantor (1978) realiza un trabajo magistral respecto a los inconvenientes de seguir optando por psicologías dualistas y propone una visión naturalista respecto a los eventos psicológicos. Partiendo del sistema kantoriano, sobresale la teoría propuesta por Ribes y López (1985) quienes proponen una taxonomía que permite clasificar todos los eventos psicológicos en cinco funciones cualitativamente distintas: Contextual, Suplementaria, Selectora, Sustitutiva Referencial y Sustitutiva No - Referencial.

Finalmente, auspiciado bajo la teoría de Ribes y López (1985), surge el modelo psicológico de salud biológica (Ribes, 2008,) el cual delimita la dimensión psicológica respecto al continuo salud-enfermedad. Dicho modelo nos permite identificar los factores psicológicos que juegan un papel importante en las distintas enfermedades (además de medidas de prevención). Por tanto, el objetivo del presente trabajo consiste en hacer una revisión bibliográfica respecto a la fibromialgia desde el punto de visto biomédico y psicológico, además se propone el análisis de la FM bajo la óptica del modelo psicológico de salud biológica.

CAPITULO 1. FIBROMIALGIA

La fibromialgia forma parte de las enfermedades definidas como dolor crónico. En México al menos el 5% de los pacientes atendidos en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social presentan una condición dolorosa según los diagnósticos realizados en dicha institución. En el caso específico de la fibromialgia, ésta afecta del 0.5 al 5.8% de la población mundial, además de que la mujeres es el grupo más afectado (relación hombre-mujer de 1:9); asimismo, se ha encontrado que la prevalencia del síndrome incrementa en aquellas personas que tienen un rango de edad que va de los 60 a los 79 años de edad (Wolfe, Ross, Anderson, Russell & Hebert, 1995).

En México, la prevalencia e incidencia real de la FM es aún desconocida; informes tales como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) y el Informe Sobre la Salud de los Mexicanos (2016) no brindan información al respecto. Los pocos datos que se han generado hacen referencia a: 1) número de consultas y no a la prevalencia, o bien; 2) indican la prevalencia pero son datos obtenidos de un solo hospital. Por ejemplo, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2009) menciona que la FM es uno de los principales motivos de consulta reumatológica, registrándose un total de 42,837 consultas. Asimismo, Clark (2001, citado en Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016) estimó una prevalencia del 4.8% del total de casos atendidos en el Hospital General de México en la década de los 90s.

No es el caso de otros países, por ejemplo en Estados Unidos, se estima que existe un 3% a 6% de la población general que cumple con los criterios diagnósticos de la fibromialgia (Tovar, 2005).

Tal situación se vuelve alarmante, puesto que la fibromialgia, además de su dificultad diagnóstica y amplia comorbilidad, puede volverse una enfermedad altamente incapacitante que puede repercutir en diferentes áreas de la vida de un individuo: laboral, social, familiar, etc. En tal sentido, resulta indispensable comenzar a obtener datos y generar información tanto para la población mexicana en general, como para los profesionales de la salud.

Ante el presente panorama, surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué es la fibromialgia? Y ¿Por qué su diagnóstico es tan complicado?.

1.1. Definición

La fibromialgia fue reconocida oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1992. El American College of Rheumatology (ACR) define a la FM como un síndrome de dolor crónico musculoesquelético difuso, generalizado y caracterizado por la presencia de dolor en al menos 18 puntos del cuerpo humano (Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016).

Chaves (2013) define a la fibromialgia como una enfermedad que afecta a los músculos, tendones y articulaciones, ocasionando dolor, rigidez y sensibilidad. Una característica esencial del padecimiento, es que los tejidos involucrados no presentan inflamación, por tanto, a pesar de presentar dolor potencialmente incapacitante, no se desarrolla daño alguno en los tejidos.

Para Tovar (2005) y Hidalgo (2011) la FM es una enfermedad que se caracteriza por un dolor generalizado y espontáneo que puede ser evaluado a través de la exploración de múltiples puntos dolorosos que son hipersensibles a la palpación.

Contreras y Tamayo (2005), de igual forma, concuerdan en que la FM "(...)" es una forma de dolor musculoesquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular." (p. 93); sin embargo, los autores refieren que su principal característica es "(...)" la presencia subjetiva de dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina y trastorno del sueño (...)" (p. 93).

A pesar de que existe dificultad al momento de definir con precisión qué es la fibromialgia, sobre todo en cuanto a la especificación del dolor del paciente con FM; la mayoría de autores concluyen que la FM presenta puntos dolorosos hipersensibles, dolor generalizado, difuso o espontáneo de origen benigno, es decir, no hay ningún daño muscular. No obstante, se vuelve problemático cuando se afirma que el dolor es subjetivo, puesto que tal afirmación termina por nublar el panorama respecto a la enfermedad.

Desafortunadamente, al ser una enfermedad de la cual aún se desconoce, ha sido relegada al terreno de lo psicosomático, donde las únicas explicaciones que se han llegado a realizar resultan infructuosas para el conocimiento de la

misma. Por ejemplo, teorías como el psicoanálisis consideran que la FM se relaciona con la dificultad de introspección y alexitimia (dificultad para reconocer las emociones y expresarlas) de los pacientes, puesto que son *características psicológicas* que los definen (García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes, 2006). Dicha explicación, lo único que perpetúa es la falta de indicadores concretos y específicos que permitan entender la FM.

A pesar de que las definiciones de la FM den cabida a explicaciones dualistas, la investigación biológica, sobretodo neuronal, sigue proliferando, puesto que, como la mayoría de las enfermedades de las cuales no se tiene una causa exacta, se especula que el cerebro tiene la respuesta.

1.2. *Causas Biológicas*

Identificar las causas de la fibromialgia ha sido toda una labor titánica, se han intentado establecer diferentes alteraciones que van desde factores bioquímicos hasta genéticos.

La anormalidad bioquímica más reconocida y establecida es la serotonina. Según ésta hipótesis, la FM se presenta por niveles bajos de dicha sustancia. Además, se ha encontrado que los niveles bajos de serotonina se relacionan con niveles séricos bajos (los niveles séricos son todas aquellas sustancias que se encuentran en la sangre, por ejemplo: colesterol, triglicéridos, glucosa, etc.); asimismo, los niveles séricos se han logrado correlacionar con la presencia de síntomas dolorosos (Tovar, 2005).

No obstante, resulta bastante complicado establecer de manera concluyente que la fibromialgia es ocasionada o en el mejor de los casos, influida, por niveles alterados de serotonina, si bien hay estudios que apoyan dicha hipótesis, existen otros que no han encontrado ninguna relación estadísticamente significativa.

Un estudio que apoya dicha hipótesis, fue realizado por Cordero et al. (2010) quienes analizaron los niveles de serotonina en 38 pacientes y 25 personas sanas, además de la posible relación con los síntomas de FM. Los resultados

arrojaron una correlación negativa estadísticamente significativa ($p < .001$) entre los puntos dolorosos y los niveles de serotonina; asimismo, hubo diferencias con relación al grupo sano en cuanto a los niveles de la misma.

Por otro lado, Wolfe, Rusell, Vipraio, Ross y Anderson (1997), trabajaron con una muestra conformada por 292 personas, donde había sujetos sin ningún dolor, con dolor regional y dolor extendido (según los criterios del American College of Rheumatology). Los resultados no arrojaron ninguna correlación entre síntomas de la fibromialgia y los niveles bajos de serotonina ($r = 0.563$).

También se ha especulado que los niveles altos de sustancia P en el líquido cefalorraquídeo aumenta la sensibilidad de los nervios al dolor. Puesto que, los niveles altos en la médula espinal hacen que un estímulo normal se pueda percibir como nocicepción exagerada, tomando en cuenta que la nocicepción es el proceso de codificación y procesamiento de estímulos dañinos contra los tejidos (Tovar, 2005).

Otra de las posibles explicaciones que se han propuesto respecto al padecimiento, establece como punto crítico la secreción de melatonina. La melatonina es una neurohormona que se produce en la glándula pineal, entre las funciones que se han investigado y documentado es la regulación del sueño, el cual se ve alterado en el paciente con FM (Martínez, Sánchez, Urrea, Thomas & Burgos, 2012); también se ha considerado que tiene relación con la nocicepción, puesto que cambios en los niveles de melatonina generan ansiedad y alteración en la percepción del dolor (Hidalgo, 2012)

No obstante, no se han podido establecer resultados contundentes para poder realizar dicha afirmación. Por un lado, Pernambuco, Carvalho, Schetino y Reis (2015) realizaron un estudio con 58 pacientes femeninos con FM y 39 mujeres sanas a quienes les hicieron evaluaciones del catabolito de melatonina 6 – sulfatoximelatonina (6 – SMT) y evaluaciones con el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQI), Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), Short-Form Health Survey (SF-36) y Satisfaction with Live Scale (SWLS), que básicamente son pruebas que les permitirían evaluar los síntomas que le son asociados a la FM. A pesar de que encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles

de 6 – SMT entre los pacientes con FM y los sanos, no hubo alguna correlación entre los niveles bajos del catabolito y los síntomas de la FM, lo que les llevó a *creer* (cursivas añadidas), que la alteración de melatonina tiene relación con otros cambios neuro – inmuno – endocrinos y que tales cambios afectan directamente en la sintomatología de la FM.

Por otro lado, algunos estudios, han encontrado todo lo contrario: niveles altos de 6 – SMT en los pacientes con FM en relación a los sanos (Korszun et al., 1999), o bien; no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de 6 – SMT entre pacientes con FM y sanos (Senel, Baygutalp, Baykal, Erdal & Ugur, 2013 citado en Pernambuco, Carvalho, Schetino & Reis, 2015).

Una hipótesis más, considera que la FM tiene relación con la hormona de crecimiento (HC), puesto que la HC juega un papel importante en la reparación de cualquier daño que ocurre en los músculos y tejidos. A través de la producción de nuevas proteínas repara las rupturas musculares y reemplaza las células y tejidos que han terminado su ciclo.

Partiendo de dicho supuesto, Cuatrecasas et al. (2016) realizaron un estudio con 493 mujeres diagnosticadas con FM según los criterios del ACR con el objetivo de estudiar los patrones de secreción de la hormona de crecimiento. Sus resultados mostraron que 123 pacientes tuvieron un factor de crecimiento insulinoide (IGF-1) de 150 µg/litro o menos; de esos 123 pacientes, 22 tuvieron 5 µg/ml en la prueba de tolerancia a la insulina (ITT), que según los criterios de los autores se consideran niveles bajos. No obstante, mencionan que la mayoría de estudios han encontrado niveles normales de GH en los pacientes con FM; sin embargo, ellos lo atribuyen a las pruebas usadas para el análisis, puesto que la mayoría usan pruebas de liberación de HC.

A pesar de que los autores concluyan que existen niveles bajos de HC en los pacientes con FM, es necesario destacar algunos puntos que imposibilitan llegar a dicha conclusión: i) no se realizaron mediciones de comparación con un grupo control, ii) ninguna prueba de correlación estadística determinó si hay relación entre los niveles de HC y los síntomas de la fibromialgia, iii) más del 50% de la muestra no presentó niveles bajos.

También se ha investigado si es que existe alguna alteración a nivel muscular. Se han realizado biopsias musculares a individuos con fibromialgia y se comparan con las biopsias de sujetos sin la enfermedad, se ha identificado que los pacientes con FM presentan niveles bajos de colágeno intramuscular, lo cual podría favorecer micro lesiones del músculo (Tovar, 2005); asimismo, presentan un aumento en la fragmentación del ADN y cambios en el número y tamaño de mitocondrias (Spratt et al., 2004).

En cuanto a la consideración de que pueda existir algún factor genético que influya en la aparición de la FM, se ha encontrado que los pacientes que presentan la enfermedad suelen tener familiares que sufren algún tipo de dolor crónico e incluso, tienen familiares con fibromialgia (Tovar, 2015).

Se han generado otras cuantas hipótesis respecto a la etiopatogenia de la FM; sin embargo, han sido estudiadas en menor medida, una de ellas considera que la enfermedad es resultado de un cuadro infeccioso previo, o bien; de un evento postraumático donde hubo algún traumatismo agudo cervical (Hidalgo, 2010).

A pesar de toda la investigación que se ha generado, resulta bastante complicado concluir que la FM es resultado de alguna alteración hormonal, bioquímica, genética, muscular, etc., puesto que ninguna investigación ha podido establecer resultados contundentes. Además, se debe de tener en cuenta que la mayoría de estudios hace uso de pruebas de correlación estadística, las cuales no establecen relaciones causales. Por otro lado, también se debe de considerar que cuando un organismo interactúa con su medio, el organismo completo es el que se comporta, incluidos todos sus subsistemas biológicos (Kantor, 1975); por tanto, queda la pregunta si todos los valores alterados que se han investigado no son resultado de la misma FM, es decir, del organismo interactuando con su medio y no un agente causal.

1.3. Síntomas

A pesar de que la fibromialgia no tenga una etiopatogenia clara e identificada, los síntomas parecen presentarse de manera *más o menos* consistente y similar en los diferentes casos. La principal queja del paciente es un dolor generalizado y constante, el cual puede variar de zona e intensidad. Sumado a ello, se suelen presentar alteraciones del sueño, fatiga matinal, sueño no reparador, dificultad para dormir, rigidez al despertar, adormecimiento y hormigueo en las extremidades, cefaleas, dolor torácico, palpitaciones, diarrea alternada con estreñimiento y, en el caso de las mujeres, dismenorrea (Tovar, 2005).

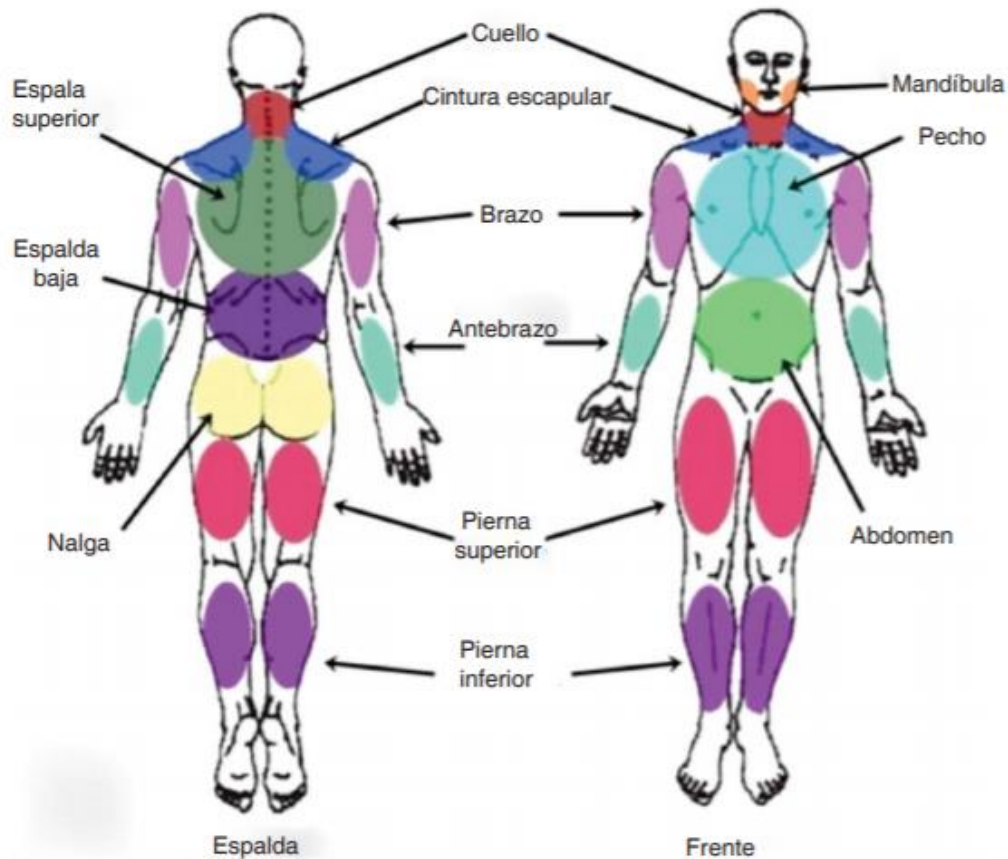
Contreras y Tamayo (2005) refieren que el dolor generalizado, así como la rigidez, se suelen presentar en el tronco, cintura escapular y pélvica; además hay presencia de debilidad y mala tolerancia al ejercicio. Un rasgo característico es que no hay evidencia de signos inflamatorios; sin embargo, pueden existir nódulos subcutáneos en las áreas de dolor.

El dolor generalizado puede presentarse de diferentes maneras en el cuerpo, ya sea de manera completa o en la mitad derecha o izquierda, encima de la cintura o por debajo. Las áreas que pueden provocar más dolor son: región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos, pared torácica, codos, tobillos y muñecas (Figura 1).

De igual forma, puede llegar a presentarse dolor abdominal, éste ocurre en el 25% de los casos y se manifiesta como síndrome de colon irritable y una constante necesidad de defecar varias veces al día; sin embargo, no hay presencia de patógenos en las heces.

Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres (2016), además de hacer hincapié en la presencia de dolor generalizado y debilidad muscular, mencionan que puede haber disminución en la capacidad de atención y memoria.

Figura 1: Widespread Pain Index: puntos de dolor (Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016)



Chaves (2013), refiere que los puntos sensibles o puntos donde existe la presencia de dolor, pueden presentar espasmos musculares cuando se tocan. Por otro lado, puede haber parestesias, visión borrosa, entumecimiento y debilidad; sin embargo, estos síntomas (incluidos los de la FM) han sido asociados a situaciones donde hubo algún trauma en la región occipital del Sistema Nervioso Central ocasionado por algún accidente o cirugía.

1.4. Clasificación

A pesar de que exista cierta regularidad en los síntomas, sigue siendo complicado generar una nosología clara y objetiva, puesto que los casos de FM presentan características diferentes entre sí. Algunos autores han intentado realizar clasificaciones de acuerdo a diferentes criterios, los más comunes: origen y desarrollo de la FM.

Una de las primeras clasificaciones fue la propuesta por Turk en 1989 (citado en Alegre & Sellas, 2008), la cual consistía en 3 subgrupos: i) con gran dolor y discapacidad; ii) con escaso soporte, y; iii) con gran soporte y relativa discapacidad

Otra clasificación es la propuesta por Wolfe et al. (2010) a partir de indicadores de ansiedad y depresión, proponen tres subgrupos: I) el primer subgrupo se caracteriza por pacientes con escasos trastornos anímicos, moderados niveles de catastrofización y buen control del dolor; II) el segundo subgrupo se caracteriza por valores elevados en cuanto a trastornos anímicos, altos valores en catastrofización y escaso control de dolor; III) el tercer grupo presenta estado de ánimo normal y el más alto nivel de percepción de dolor, así como una hipersensibilidad a la palpación y dolor.

Belenguer, Ramos–Casals, Siso y Rivera (2008) realizaron una clasificación a partir de una extensiva revisión bibliográfica respecto a los diferentes casos reportados de FM. La clasificación generada es agrupada de acuerdo al perfil *psicopatológico* (cursivas añadidas) y las diferentes situaciones clínicas que el paciente puede presentar:

1. Fibromialgia Idiopática (Tipo I): Se caracteriza por valores normales de estado de ánimo, valores muy bajos de catastrofización y un elevado grado de control percibido sobre el dolor; sin embargo, demuestran hiperalgesia en pruebas de dolor provocado.
2. Fibromialgia relacionada con enfermedades crónicas (tipo II): Ocurre cuando el paciente padece alguna enfermedad crónica que se caracteriza por dolor diario, por ejemplo: Síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, artrosis, etc., en dichos casos, cierto porcentaje de pacientes desarrolla una FM.
3. Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas (tipo III): Se han identificado pacientes con valores alterados en la dimensión *psicosocial*, presentan niveles altos de catastrofización y valores bajos en autocontrol del dolor (obtenidos a partir del Cuestionario de Estrategias de

Afrontamiento). El aspecto clave o característico de dichos pacientes, es que la *enfermedad psicopatológica* es previa al diagnóstico de la FM.

4. Fibromialgia simulada (tipo IV): Se caracteriza por la *simulación* de los síntomas de la FM. Cuestiones tales como el internet, sumado a la dificultad de realizar un diagnóstico oportuno, ocasiona que algunos pacientes presenten un cuadro clínico que indica una FM; sin embargo, suele asociarse a consecuencias positivas para la persona, tales como: baja laboral permanente.

Esta clasificación intenta identificar posibles <factores psicológicos> que influyen en el origen y desarrollo de la fibromialgia; no obstante, el uso de términos como <psicopatología> y <psicosocial>, limitan dicho objetivo, puesto que no refieren nada específico.

1.5. Diagnóstico

Realizar un correcto diagnóstico respecto a la fibromialgia se vuelve una tarea difícil, puesto que no existen indicadores fisiológicos concretos; sin embargo, diferentes autores y especialistas en reumatología proponen ciertas características a considerar para poder realizarlo.

Contreras y Tamayo (2005) mencionan que, de acuerdo al American College of Rheumatology de 1990, se consideraron los siguientes criterios para diagnosticar FM: I) dolor generalizado de al menos 3 meses de evolución, y; II) dolor a la palpación en al menos 11 puntos (Figura 1). Se debe realizar una exploración física que permita identificar los puntos de dolor, ésta se debe realizar con el dedo pulgar y no imprimiendo una fuerza mayor a 4kg ya que, de lo contrario, se generaría un dolor que es normal en cualquier individuo. Un rasgo característico al momento de hacer una exploración física, es que el paciente realiza un “salto”.

Asimismo, se debe realizar un diagnóstico diferencial respecto a otras formas de dolor musculoesquelético:

- Artritis idiopática juvenil: engloba todas las artritis que tengan causa desconocida de al menos seis semanas de evolución y que ocurren antes de los 16 años de edad. El diagnóstico clínico es por exclusión, puesto que no hay pruebas de laboratorio que lo confirmen. Los criterios de exclusión, son: a) psoriasis o historia de psoriasis en el paciente o algún familiar (enfermedad de la piel que causa descamación e inflamación); b) artritis de inicio después del sexto año de vida en un varón HLA-B27 positivo (el cual es un antígeno que guarda relación con las espondiloartropatías, que son enfermedades inflamatorias); c) espondilitis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, sacroileítis con enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter o uveítis anterior aguda en el paciente o en un familiar de primer grado; d) presencia de factor reumatoide IgM en al menos dos muestras separadas por tres meses entre sí; e) artritis idiopática juvenil sistémica, que consiste en artritis en dos o más articulaciones, acompañada de fiebre (De Inocencio & Casado, 2014).
- Lupus eritematoso sistémico: es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida, se caracteriza por la afectación de múltiples órganos y sistemas, además de la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA). Las manifestaciones musculoesqueléticas son: artritis, tenosinovitis (inflamación de la vaina que rodea el tendón), miositis (inflamación del tejido muscular por infección de microbios), necrosis aséptica (muerte del tejido óseo); además presenta alteraciones mucocutáneas (fotosensibilidad, eritema generalizado, urticaria, etc.); alteraciones cardíacas, digestivas y renales (Bethencourt, 2014).
- Miopatías inflamatorias: son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares autoinmunitarias en las que se incluyen la polimiositis, dermatomiositis y la miositis de cuerpos de inclusión. Estas enfermedades se logran diagnosticar a través de una biopsia muscular (López, 2008).

- Dolor secundario a trastornos endocrinos: debido a alteraciones del sistema endocrino se han encontrado diferentes enfermedades tales como: tiroiditis subaguda, osteoporosis, etc., las cuales tienen relación con dolor musculoesquelético; sin embargo, la diferencia con la FM radica en que tales síntomas son consecuencias del trastorno endocrino (Lieberman, 2013).
- Síndrome de hiperlaxitud articular: consiste en manifestaciones clínicas dolorosas del sistema osteomioarticular y se suelen acompañar de signos inflamatorios y degenerativos articulares derivados de una mayor elasticidad articular. La entidad nosológica está relacionada con alteraciones en las fibras de colágeno que forman parte del tejido conectivo. Algunos síntomas, son: piel suave, laxa, pálida, transparente las venas, mala cicatrización, hematomas frecuentes, dolor en espalda, dolor crónico difuso semejante a la fibromialgia, crujidos articulares, hiperlaxitud articular, artrosis precoz en jóvenes, subluxaciones articulares, densidad mineral ósea baja, etc. (Martínez, Suarez & Menéndez, 2013).
- Síndrome de fatiga crónica (SFC): se caracteriza por un profundo e incapacitante cansancio que tiene como consecuencia la reducción de la actividad personal, social, educativa y/o laboral. El SFC debe de acompañarse de 4 o más de los siguientes síntomas: 1) dificultades de concentración y pérdida de memoria, 2) faringitis recurrentes, 3) adenopatías, 4) dolor muscular, 5) dolor articular, 6) jaquecas, 7) sueño no reparador, 8) fatiga tras el esfuerzo (Cubillo, 2013).
- Síndrome de dolor miofascial: es un síndrome que se define por manifestaciones de dolor musculares originado por puntos gatillo miofasciales (por ejemplo en la zona del cuello hay un punto gatillo que puede hacer que se extienda el dolor por diferentes zonas de la cabeza) que son nódulos dolorosos, sensibles e hiperirritables, se localizan sobre bandas musculares tensas, palpables en el músculo o sus fascias (tejido membranoso que envuelve y conecta todas las estructuras

corporales), pueden desencadenar una reacción contráctil ante la estimulación mecánica (Villaseñor, Escobar, De la Lanza & Guizar, 2013).

El diagnóstico diferencial tiene como objetivo descartar todas aquellas enfermedades que tienen como síntoma: dolor muscular y articular. Sin embargo, Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres (2016) mencionan que para realizar un análisis correcto es necesario agregar el uso de instrumentos validados como el Symptom Severity Score (Ver Anexo 1), donde una puntuación obtenida mayor a 5 se puede considerar como posible fibromialgia, lo cual tendría que ser complementado a través de la exploración física.

1.6. *Tratamiento*

A pesar de que la FM siga generando discrepancias en cuanto a su definición, causas, clasificación y diagnóstico, la realidad es que existe un paciente que presenta los síntomas y su vida diaria se ve afectada. En tal sentido, lo que se busca regular con la medicación son síntomas como la *depresión*, el dolor y la dificultad del sueño.

Para tratar la depresión y en algunos casos los síntomas de dolor, se suelen usar antidepresivos de tres tipos (Rothenberg, 2010):

- Drogas Antidepresivas Tricíclicas: dosis bajas de amitriptilina y doxepina antes de acostarse han dado resultados positivos en el tratamiento de la FM.
- Inhibidores selectivos de reincorporación de serotonina: el medicamento que ha tenido mejores resultados es la fluoxetina, puesto que ha sido eficaz no solo para síntomas de *ansiedad* y *depresión*, sino también combate el dolor.
- Inhibidores selectivos de reincorporación de serotonina-norepinefrina: se suele usar la duloxetina y el milnacipran, medicamentos que tienen como objetivo disminuir el dolor en el paciente con FM.

De igual forma, algunos medicamentos buscan bloquear la liberación de Sustancia P, dado que se considera que guarda relación con el proceso de nocicepción. Los medicamentos que se utilizan son anti-epilépticos como la pregabalina y la gabapentina. Asimismo, se suelen usar opioides para mejorar los síntomas de dolor como el tramadol, morfina de liberación prolongada, hidrocodona, etc. (Collado & Conesa, 2010).

También se puede llegar a aplicar láser de baja potencia sobre los puntos sensibles, terapia con oxígeno hiperbárico y relajantes musculares como la ciclobenzaprina (Tovar, 2010).

Respecto al tratamiento farmacológico, no existe un medicamento único que sirva a todos los pacientes e incluso ha llegado a mostrar resultados poco alentadores. Collado y Conesa (2010) y Rothenberg (2010) indican que los distintos medicamentos usados para la FM tienen una eficacia que oscila entre el 25% - 50%.

Por tanto, además de la medicación, se le suele recomendar al paciente con FM: terapia psicológica, terapia física, ejercicio, además de que se le brinda información respecto a la enfermedad:

- Educación: una vez que se ha diagnosticado la FM, se le informa al paciente y a sus familiares en qué consiste la enfermedad y sus características. En algunas ocasiones, dicha información reduce hasta un tercio los síntomas (Rothenberg, 2010).
- Terapia Física: tiene como objetivo la liberación miofascial y el reacondicionamiento neuromuscular para que, posteriormente, el paciente con FM pueda realizar ejercicio físico de manera satisfactoria (Tovar, 2005).
- Ejercicio: se suele recomendar ejercicio anaeróbico y de flexibilidad. Mínimo 3 veces por semana y comenzar por rangos bajos de tiempo e irlos incrementando paulatinamente hasta llegar a 20 – 30 minutos por sesión (Pérez, 2006).
- Terapia Psicológica: se recomienda sobre todo la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), puesto que ha demostrado eficacia para controlar la

sensación de dolor y modificar la creencia de que se está incapacitado por tener FM (Alegre & Sellas, 2008)

Si bien la fibromialgia sigue generando infinidad de inquietudes respecto a sus causas, los profesionales de la salud han buscado establecer un tratamiento que permita al paciente reintegrarse a su vida diaria. En tal sentido, el psicólogo de la salud ejerce un papel clave en el proceso salud – enfermedad del paciente; sin embargo, al igual que su disciplina, el abordaje dependerá del modelo bajo el cual se analiza el evento, lo cual, en algunas ocasiones, puede entorpecer su labor.

CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA Y SALUD.

La psicología de la salud como área aplicada de la psicología, ha sido definida de tantas maneras como autores han hablado de ella. Friedman y Adler (2011, citado en Cardozo & Rondón, 2014) la definen de la siguiente manera:

“Desde una perspectiva académica se puede definir como el estudio científico de los procesos psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad. Desde el punto de vista profesional se puede definir como el empleo de los hallazgos desde las teorías psicológicas básicas y de las investigaciones realizadas por expertos hacia el conocimiento y promoción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que promuevan la salud.” (p, 1084).

Díaz (2010) refiere que la psicología de la salud está interesada en la investigación e intervención de los aspectos psíquicos que inciden en el proceso salud-enfermedad que es multicausal; se ocupa de los pacientes enfermos o con secuelas de alguna enfermedad; asimismo, se interesa en la prevención de la enfermedad y de la subjetividad de los profesionales que se desempeñan en esta área.

García-López, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008), definen a la psicología de la salud como:

“la disciplina de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar”. (p, 75).

En términos generales, se puede considerar que la Psicología de la salud, sin importar la postura teórica, está interesada en el proceso de salud-enfermedad. Hasta aquí parece no haber ningún inconveniente, no obstante, se torna problemático cuando se intenta hablar de salud, puesto que el término se ha usado de manera amplia y laxa. Por ejemplo, Perea (2004, citado en Cardozo & Rondón, 2010) refiere que en la salud se entiende como el estado completo de

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Aceptar este tipo de posturas, trae consigo un gran problema: se acepta la existencia de una mente y que, además, *enferma* como si se tratara de un órgano o tejido. El tema de lo mental ha sido ampliamente debatido y discutido (Ryle, 1967; Kantor, 1975); asimismo, lo referente a la salud mental (Ribes, 2008). No obstante, a pesar de los problemas que puede presentar dicho dualismo, diferentes modelos de la salud se han gestado a la luz de una concepción dualista.

2.1. Teorías psicológicas de la salud y su relación con la fibromialgia

La Psicología de la salud tiene como uno de sus objetivos identificar y modificar los factores psicológicos que influyen en el proceso salud-enfermedad de los individuos. No obstante, al igual que la disciplina mater, explicaciones de *lo qué es lo psicológico* abundan en dicha área. En tal sentido, se han originado diferentes modelos teóricos que intentan explicar dicha relación, cada uno de ellos, partiendo de supuestos distintos y centrando especial interés en aspectos diferentes.

Dichos modelos, dan pauta, o mejor dicho, deberían de permitir identificar qué factores psicológicos juegan un papel clave en el comportamiento de la persona con fibromialgia o cualquier otra enfermedad, tanto en su origen como en su desarrollo. Es necesario recalcar que ningún modelo pretende explicar la FM como una *enfermedad psicológica o psicosomática*, por el contrario, se asume que existe una dimensión psicológica que influye en el proceso de salud-enfermedad, es decir, cómo una persona enferma o saludable (en términos biomédicos estrictamente) genera cierto tipo de comportamiento que le puede permitir mejorar y/o recuperar su estado de salud; empeorar su condición, o bien; enfermar.

Partiendo de esto, se presentan cuatro modelos teóricos de la salud: modelo biopsicosocial, modelo de creencias en la salud, teoría de acción razonada y modelo transteórico.

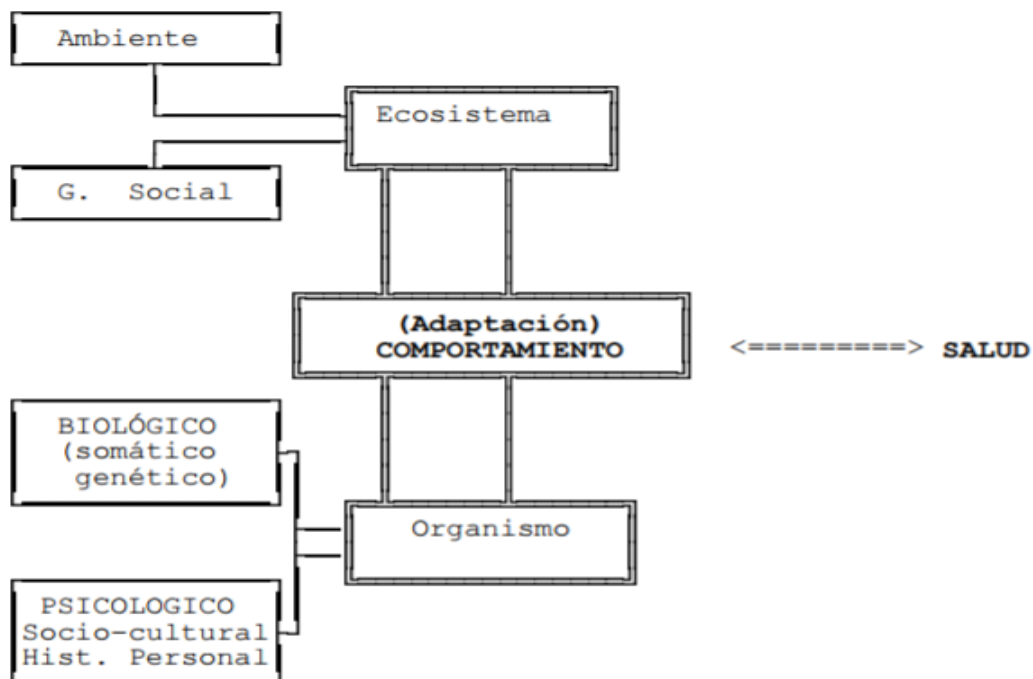
2.1.1. Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial surge como respuesta y alternativa al modelo médico tradicional. El modelo biomédico sostiene que los problemas de salud tienen una causa biológica específica, donde los posibles factores psicológicos y sociales no tienen ninguna relevancia en la explicación de cualquier enfermedad.

El modelo biopsicosocial, a diferencia del biomédico, plantea que las enfermedades y los síntomas se pueden explicar por medio de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos. Se considera que tiene una perspectiva amplia e integradora puesto que considera los procesos causales múltiples y circulares, por tanto, entiende cualquier evento como un conjunto de procesos íntimamente interconectados. Hace especial énfasis en la comprensión de comportamientos saludables o de riesgo (Cardozo & Rondón, 2014).

Santacreu (1991) generó un modelo biopsicosocial a partir de las relaciones que se establecen entre las variables del individuo (organismo) y del ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud (Figura 2).

Figura 2. Modelo biopsicosocial (Santacreu, Márquez & Zaccagnini, 1989, citado en Santacreu, 1991)



El ecosistema se refiere al conjunto de situaciones estimulares en las que el individuo está presente y se comporta de determinada manera. El tamaño del ecosistema se determina desde la localidad en la que vive hasta el continente. Se generan dos aspectos importantes: el ambiente (características físicas del entorno) y el grupo social (familia, escuela, barrio, ciudad, etc.). En cuanto al organismo, se consideran las características biológicas (congénitas y somáticas) y psicológicas del individuo: aprendizaje (aprendizaje entendido como conjunto de procesos y experiencia, a partir de una historia personal en un entorno socio-cultural particular). La salud se traduce en el grado de adaptación a corto, mediano y largo plazo del organismo en función de un ecosistema específico, una biología y una historia de aprendizaje.

Si bien, Santacreu (1991) esbozó lo que podría ser el modelo biopsicosocial, las categorías que propone no permiten un análisis de los factores psicológicos que inciden en la fibromialgia, por el contrario, únicamente delimita dimensiones de análisis: biológica, psicológica y social. En tal sentido, las investigaciones, intervenciones y/o propuestas de intervención que se han realizado parten de dichos niveles, es decir, únicamente consideran: a) las posibles alteraciones fisiológicas de la FM (biológico); b) las cogniciones y emociones respecto a la enfermedad (psicológico), y; c) el medio social, como la familia (social); todo ello sin especificar qué se analiza respecto a cada dimensión y cómo se relacionan entre sí.

García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes (2006) partiendo de dicho modelo o *visión de lo humano*, realizaron una descripción de los factores psicológicos y sociales que aparecen en la fibromialgia a partir de una muestra de 73 pacientes del Hospital Universitario de Guadalajara. Respecto a lo psicológico identificaron: i) trastornos psicológicos, tales como ansiedad y depresión; ii) creencias negativas sobre la propia capacidad de poder manejar los síntomas de la FM, por ejemplo, creer que el dolor evolucionará y no podrán hacer nada para evitarlo, creer que podrán desarrollar futuras lesiones derivadas de la FM,

creer que nunca podrán retomar su vida cotidiana; y, iii) disminución o eliminación de actividades cotidianas como consecuencia de la FM.

En la dimensión social (psicosocial), encontraron afecciones en la esfera familiar y laboral, esencialmente porque los pacientes con FM se aislaban, se volvían desconfiados y con baja autoestima; lo cual les generó impotencia, frustración, tristeza y rabia; dando como resultado problemas en sus relaciones interpersonales.

2.1.2. Modelo de creencias en la salud

De acuerdo a Moreno y Roales-Nieto (2003) el Modelo de Creencias en la Salud (MCS) parte de que la conducta de los individuos reside en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir dicha meta. En términos de salud, hablaríamos de: a) el deseo de evitar la enfermedad o recuperar la salud y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o que puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud.

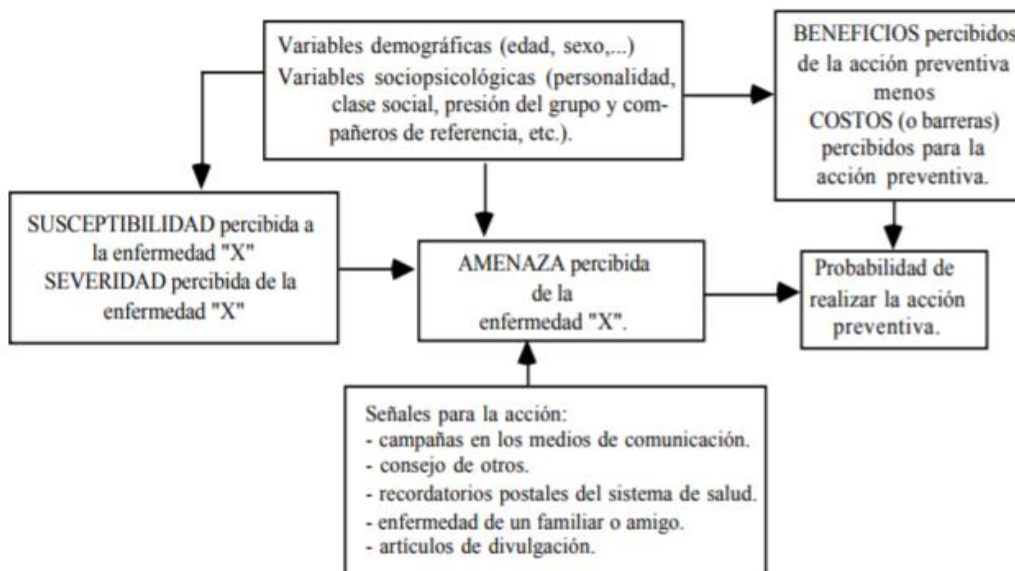
De acuerdo a Rosenstock (1974, citado en Moreno & Roales-Nieto, 2003) el modelo de creencias de salud consta de cuatro dimensiones: la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas. La *susceptibilidad percibida* ante un problema de salud, valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad de enfermar, es decir, la percepción *subjetiva* de caer enfermo. La *severidad percibida* refiere las creencias sobre la gravedad de contraer determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída, contempla dos tipos de consecuencias respecto a la pérdida de salud: consecuencias médico-clínicas (dolor, incapacidad) y consecuencias sociales (pérdida de trabajo, disminución de actividades)

A partir de estas primeras dos dimensiones se puede desencadenar la conducta de salud de un individuo; no obstante, el curso que tomará dicha conducta dependerá de los *beneficios percibidos*, que básicamente se refieren a

las creencias del sujeto respecto a la efectividad de su repertorio de conductas ante la enfermedad, por ejemplo, si un médico recomienda el realizar ejercicio físico para mejorar los síntomas de la FM y el paciente no lo percibe como algo eficaz, no seguirá dicha recomendación. La última dimensión, hace énfasis en cuestiones de costo, desagrado, dificultad respecto a una conducta efectiva, continuando el ejemplo del ejercicio, si la persona le resulta desagradable dicha práctica, a pesar de que la considera como algo eficaz, es muy probable que no la realice (Figura 3).

Dicho modelo ha sido usado de diversas maneras e incluso se le han agregado categorías, por ejemplo: *estímulos claves para la acción*, los cuales hacen referencia a síntomas físicos o percepciones corporales que conducen a cambiar las creencias respecto al estado de salud.

Figura 3. Modelo de creencias en salud (Becker & Maiman, 1975, citado en Moreno & Roales-Nieto 2003)



De acuerdo al modelo de creencias en salud, el comportamiento del sujeto dependería de las siguientes variables:

- Señales para la acción: esta variable implicaría todas aquellas situaciones donde el sujeto tuviera contacto con la FM, ya sea a través de campañas de salud, algún familiar o amigo enfermo con FM o alguna

enfermedad similar, información en internet, o bien, que presente alguno de los síntomas de la enfermedad, por ejemplo: dolor en diferentes puntos del cuerpo. De acuerdo al modelo, dichas señales para la acción influirían en que la persona perciba la posibilidad de enfermar; sin embargo, también influyen otras variables.

- Susceptibilidad percibida: el sujeto evalúa su propia posibilidad de caer enfermo, es decir, qué tan probable es para la propia persona padecer FM. Si una persona evalúa la probabilidad de caer enfermo, es muy probable que considere el comenzar a desempeñar conductas preventivas.
- Severidad percibida: esta variable implica dos momentos, previo a la enfermedad y una vez que se está enfermo. Previo a la enfermedad considera las creencias que tendría el sujeto sobre qué tan grave sería padecer la FM, por ejemplo, la gravedad del dolor, la incapacidad que le podría traer, el tener una enfermedad de la cual se desconocen las causas, lo que pasaría con su trabajo, si tendría que dejar de salir con amigos, dejar actividades diarias, etc. Si el sujeto ya padeciera la FM, la evaluación consideraría en cómo se percibe el sujeto, es decir, las consecuencias que está teniendo a partir de la FM.
- Beneficios percibidos: aquí el paciente con FM evalúa si determinadas conductas le permitirán mejorar su condición, por ejemplo, al paciente con FM se le recomienda realizar ejercicio, acudir a terapia física y psicológica (Rothenberg, 2010), si el paciente considera que dichas recomendaciones no le serán útiles es muy probable que no las realice, si las considera eficaces, conlleva al siguiente punto.
- Barreras percibidas: Implica una evaluación del sujeto respecto a las conductas que le permitirían mejorar su estado de salud, es decir, si el paciente considera que el ejercicio le permitirá mejorar, pero lo considera algo aburrido, tardado y que además no le gusta, seguramente no realizará dichas acciones.

En términos generales, el modelo de creencias en salud, considera las creencias que tiene el sujeto respecto a la enfermedad. Partiendo de dicho modelo, Pérez (2016), realizó un programa de intervención cognitivo conductual con 24 mujeres con FM, su intervención estuvo centrada en las creencias catastróficas que tenían los sujetos en cuanto a la misma enfermedad, puesto que interpretaban el dolor que tenían como algo que empeoraría y que les causaría la muerte; asimismo, se centraron en los efectos que tenía la enfermedad en la calidad de vida del paciente. Se realizaron evaluaciones con el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), Índice Breve de Fatiga, Inventario Breve de Dolor, Inventario de Depresión de Beck, Índice de Calidad de Vida previo a la intervención y posterior a ésta. Los resultados mostraron que los pacientes tuvieron un mejor control sobre la percepción del dolor, disminuyó la fatiga y la depresión; asimismo, su calidad de vida mejoró.

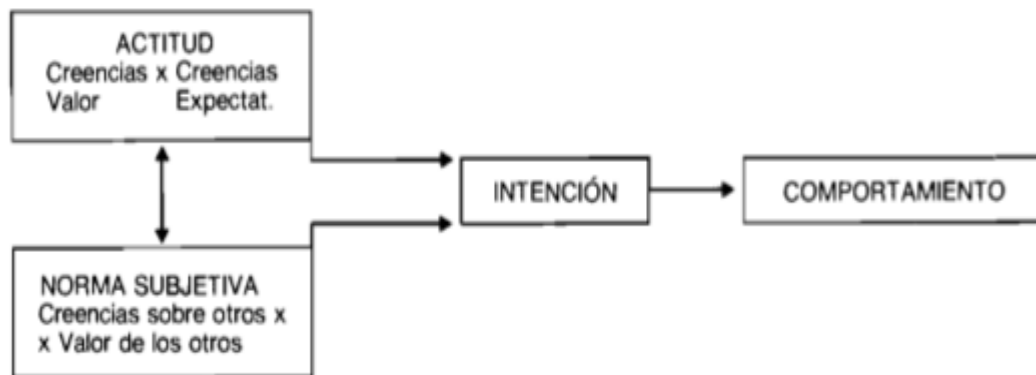
2.1.3. Teoría de la acción razonada

Ajzen y Fishbein (1980, citado en Paéz, Ubillos & Pizarro, 1994) plantearon un modelo de actitud basado en la teoría de acción razonada. Dicho modelo busca explicar la intención del sujeto para realizar determinadas conductas (Stefani, 2005). La intención se considera a partir de dos puntos clave o factores: el factor personal y factor social o normativo (Figura 4).

El factor personal parte de la valoración que hace el sujeto respecto a un comportamiento, dicha valoración se compone de dos aspectos: los resultados que se han obtenido históricamente respecto a comportarse de determinada manera (Creencias de Valor), y las expectativas que se tiene respecto al comportamiento y la consecución de un objetivo o meta (Creencias de Expectativa) (Stefani, 2005).

El factor social o normativo, integra la racionalidad cultural o normativa a partir de la opinión favorable/desfavorable de los otros significativos respecto a determinados comportamientos, además de la motivación del sujeto para realizar dichos comportamientos (Paéz, Ubillos & Pizarro, 1994).

Figura 4. Modelo Actitudinal (Paéz, Ubillos & Pizarro, 1994).



Para poder realizar un análisis desde el modelo actitudinal, lo primero a realizar es especificar la intención respecto a determinado comportamiento, por ejemplo: intención de realizar conductas saludables para la FM. A partir de dicha intención, se consideran las siguientes variables:

- Actitud: Considera las creencias positivas o negativas respecto a la intención.
 - Creencias de valor: consiste en la evaluación positiva o negativa que hace el sujeto respecto a comportarse de determinada manera, es decir, un paciente con FM puede evaluar como algo negativo el hecho de realizar ejercicio físico moderado para mejora su condición, pueden valorar como lo peor del mundo el tener FM, etc.
 - Creencias de Expectativa: el sujeto evalúa si determinados comportamientos le permitirán la consecución de una meta, en este caso, mejorar su condición de salud. Puede considerar el ejercicio como algo que no le hará mejorar, puede creer que el hecho de dejar de realizar sus actividades diarias puede mejorar el dolor.
- Norma subjetiva: se consideran las valoraciones de los otros significativos (familia, amigos, pareja, etc.) respecto al comportamiento del sujeto, por ejemplo, los padres de un paciente con FM pueden

valorar que su hijo debería de retomar su vida diaria y no dejarse abatir por la enfermedad; no obstante, puede que a la persona no le *motive* realizar dicho comportamiento.

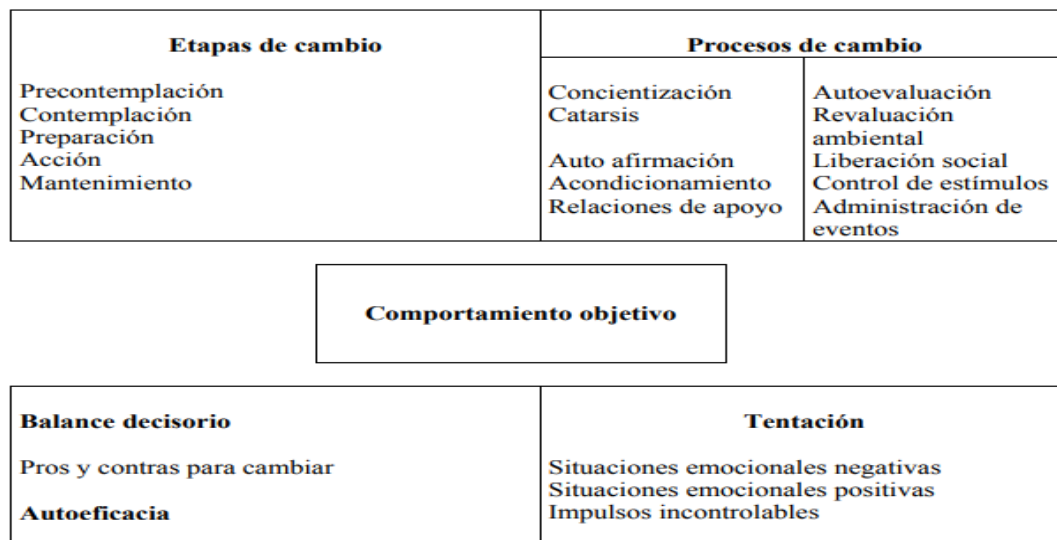
Básicamente, el modelo actitudinal se centra en las evaluaciones que hace el sujeto sobre su propio comportamiento y las valoraciones que hacen los demás respecto a lo que debería de hacer. A pesar de que es un modelo que se propone para el ámbito de la salud, no se rastrearon intervenciones psicológicas que partieran de dicho modelo; no obstante, Benito et al. (2006) realizan una propuesta acerca de las variables que tendrían que tomarse en cuenta en una intervención de corte cognitivo, dichos autores sitúan el componente actitudinal del paciente con FM como un factor clave, específicamente la actitud con la cual afrontan el dolor crónico.

2.1.4. Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico (MT) parte de la noción de que el cambio en el comportamiento es un proceso que parte de diversos niveles de motivación e intención de cambio (Álvarez, 2010).

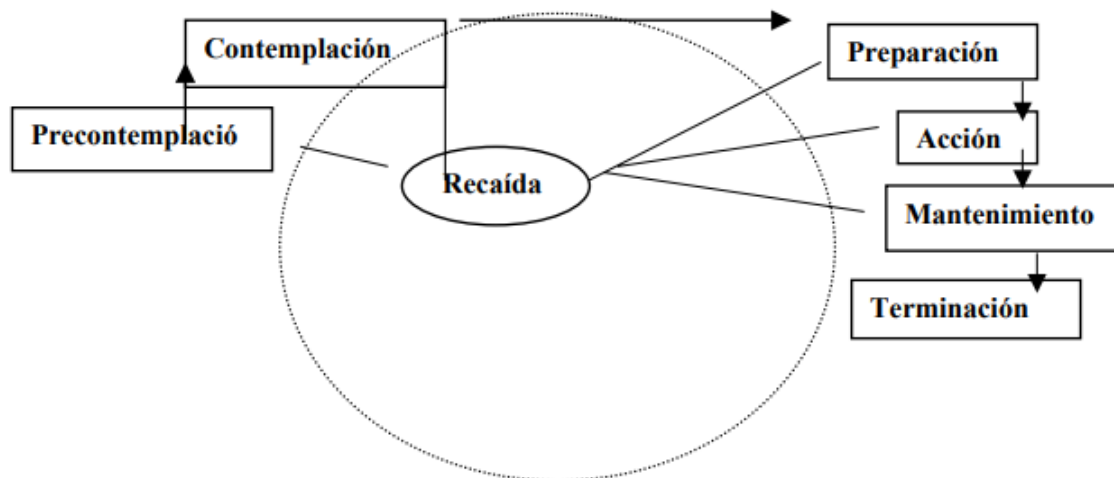
El MT explica el cambio de comportamiento de los individuos a partir de cinco variables o procesos intervinientes: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia; los cuales a su vez constan de diversos componentes (Figura 5).

Figura 5. Variables y componentes del MT (Cabrera, 2000)



Las etapas de cambio (Figura 6) están constituidas por la precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. La precontemplación es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar su comportamiento. La contemplación es cuando la persona tiene una intención de cambio; sin embargo, aún no asumen el compromiso para actuar y únicamente se la pasan diciéndose a sí mismos que algún día cambiarán. La preparación es cuando las personas ya toman la decisión de cambio y tienen el compromiso de realizarlo. La acción es la etapa donde las personas realizan los cambios. El mantenimiento se caracteriza por la estabilidad del cambio comportamental por periodos de al menos seis meses después de la etapa de acción. Finalmente, la terminación es la etapa en la que no existe <tentación> de realizar el comportamiento modificado (Cabrera, 2000).

Figura 6. Etapas de cambio (Cabrera, 2000).



No obstante, para que ocurran estas etapas se deben considerar otros factores (Figura 5):

- Los procesos de cambio: hacen alusión a las estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan frecuentemente para cambiar.

- El balance decisorio: se refiere a los pros y contras que establece el individuo respecto a cambiar su comportamiento de riesgo para la salud.
- La autoeficacia: es la confianza que tiene la persona para afrontar situaciones de riesgo. Durante el cambio, se supondría que la autoeficacia aumenta y la tentación disminuye.
- La tentación: se refiere a la intensidad o urgencia del individuo por realizar ciertos comportamientos, especialmente ante contextos emocionalmente complejos o estímulos específicos.

Almendro et al. (2011) realizaron una intervención grupal con pacientes con diferentes patologías asociadas a dolor crónico, entre ellas, fibromialgia. Se realizaron pre – evaluaciones con el Cuestionario Brief Pain Inventory (BPI), Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), Cuestionario de Crecimiento Postraumático (PGI) y la Entrevista diagnóstica estructurada para depresión, ansiedad y consumo de tóxicos. La intervención constó de 11 sesiones. En la primera sesión se brindó información sobre el dolor crónico, se presentaron los pacientes, se establecieron metas y expectativas, se explicó el objetivo de la intervención, número de sesiones, etc; dicha sesión tenía como meta generar la intención y el compromiso de cambio en los pacientes (precontemplación-contemplación-preparación). De la sesión 2 a 9 se entrenó a los pacientes en técnicas de respiración abdominal, identificación de emociones, establecimiento de actividades físicas diarias, higiene postural y ejercicios especiales, comunicación asertiva para generar empatía con familiares, identificación de pensamientos negativos y establecimiento de pensamiento alternos (acción-procesos de cambio). La sesión 10 consistió en la prevención de recaídas, donde se enfatizó el proceso de cambio y la importancia de que el paciente siga realizando lo aprendido. Finalmente se realizó una 11va sesión, que fue la de seguimiento.

En las evaluaciones post-test se encontraron diferencias significativas en el FIQ ($p < 0.001$). Asimismo, no se encontraron diferencias en el dolor percibido de los pacientes; sin embargo, a pesar de que el BPI no arrojó diferencias

estadísticamente significativas en la subescala de Interferencia del dolor, los pacientes informaron que el dolor interfería menos en su vida

2.2. Aspectos críticos generales

A pesar de que dichos modelos han dado cabida a diferentes investigaciones podemos identificar algunos aspectos críticos de manera particular a cada modelo y en general.

En cuanto al modelo biopsicosocial, su principal limitante es que no permite un análisis respecto a los factores psicológicos que influyen en el proceso de salud-enfermedad, dado que únicamente agrega de manera indiscriminada la *influencia* de factores culturales, biológicos y psicológicos, lo cual ya resulta evidente en sí mismo (Piña & Rivera, 2006). Asimismo, el resto de modelos únicamente especifican las variables que se deben de considerar para lograr un cambio en los comportamientos de salud o de riesgo de un individuo. Por tanto, no establecen cómo es que lo psicológico se relaciona con lo biológico.

Por otro lado, los modelos de creencias en salud, transteórico y de acción razonada (actitudinal), establecen como variable de principal interés las creencias que tiene el sujeto respecto a su comportamiento y la enfermedad. Partiendo de diversos autores (Ryle, 1967; Kantor, 1975) podemos identificar algunos problemas.

El primero de ellos es considerar que el comportamiento es mediado por las creencias, cogniciones o valoraciones respecto al mismo comportamiento o a la situación; si bien, algunos modelos consideran <estímulos externos>, dichos estímulos adquieren sentido en tanto el individuo *los representa cognitivamente*. Dicha concepción nos hablaría de un *mundo interno* que permite explicar el por qué una persona se comporta de determinada forma y no de otra, lo cual ya ha sido ampliamente debatido y discutido por los autores antes mencionados.

No obstante, considerar que las creencias o cogniciones son las determinantes en la explicación del comportamiento nos lleva a una explicación

reduccionista de la conducta, puesto que se hacen a un lado diversos factores propios del medio o del individuo (Piña & Rivera, 2006).

Partiendo de dichas carencias explicativas, se propone el uso del modelo psicológico de salud biológica de Ribes (2008), puesto que, además de permitirnos una explicación naturalista (no dualista) respecto a lo psicológico, nos permite relacionar lo psicológico de manera clara y delimitada con la dimensión biológica y social. Finalmente, nos da pauta para el uso de una metodología de análisis y cambio de comportamiento derivada de la misma teoría interconductual: el análisis contingencial.

CAPITULO 3. MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA

Como se comentó, los diferentes modelos que se han utilizado para el ámbito de la salud parten de una concepción dualista, es decir, todo comportamiento se explica a partir de variables *internas*. Esto nos conduce a un evidente reduccionismo, puesto que todo comportamiento se explica a la luz de una mente. Intentado superar dichas limitantes, se propone el modelo psicológico de salud biológica (Ribes, 2008) dado que intenta dar una explicación naturalista respecto al papel de la conducta en el proceso de salud-enfermedad sin recurrir a mentes, aparatos psíquicos, procesos cognitivos, etc. Por tanto, surge la interrogante ¿Qué es el modelo psicológico de salud biológica y qué lo diferencia del resto?

El Modelo Psicológico de Salud Biológica (MPSB) es un modelo de interfaz, puesto que sintetiza el lenguaje analítico de la ciencia psicológica para su uso en el campo aplicado, en este caso, el campo de la salud. El modelo establece la relación e influencia entre dimensiones lógicas diferentes, a saber: dimensión biomédica, sociocultural y psicológica. La dimensión biomédica concibe a la salud como ausencia de enfermedad, en tanto el organismo y sus subsistemas biológicos tienen la capacidad de <defenderse> de agentes nocivos externos. Por su parte, el modelo sociocultural de la salud hace hincapié en la correlación existente entre la ausencia de enfermedad y las condiciones prácticas de vida, por ejemplo, las carencias de agua potable, drenaje, contaminación, etc. Finalmente, la dimensión psicológica se considera como el eje articulador de ambos modelos, puesto que lo psicológico hace referencia a la práctica individual de un organismo biológico en relación a su medio sociocultural.

Considerando lo anterior, se establecen una serie de supuestos que fundamentan la naturaleza y pertinencia de un modelo psicológico (Ribes, 2008)

1. La descripción psicológica del proceso de salud-enfermedad ocurre a nivel individual, donde se considera la interacción de factores biológicos y socioculturales.
2. Los factores biológicos, así como los socioculturales, se estudian de manera diferente a la de sus disciplinas originales, en el modelo.

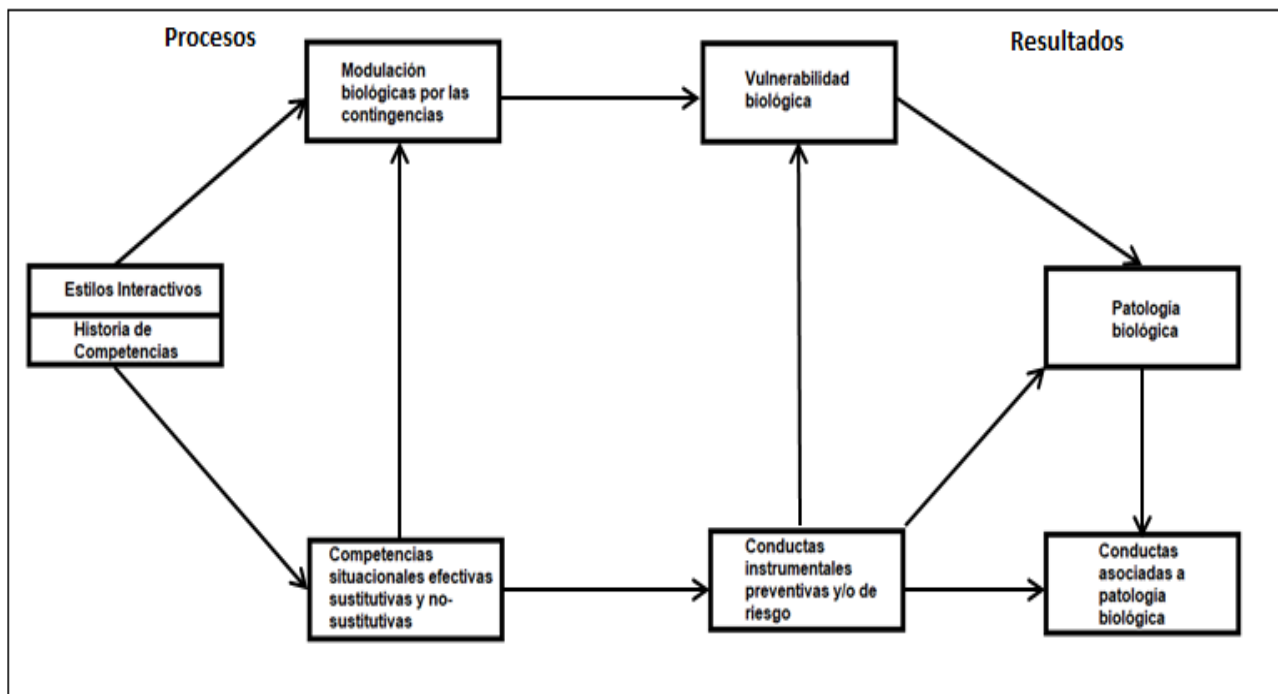
3. Los factores biológicos hacen referencia a la misma condición de existencia del organismo y las reacciones biológicas que se originan a partir de la misma interacción del organismo.
4. Los factores socioculturales se representan, como abstracción necesaria, en las situaciones socioculturales en las cuales interactúa el organismo.

Asimismo, la dimensión psicológica está constituida por tres factores esenciales:

1. La manera en que el comportamiento influye en la modulación de estados biológicos.
2. Las competencias que definen la manera en la que el individuo interactúa en diversas situaciones que pueden afectar su estado de salud.
3. Los modos consistentes en los que un individuo hace contacto inicial antes situaciones que pueden afectar su condición biológica.

Considerando lo esbozado, el análisis de la dimensión psicológica considera dos momentos principales: 1) el proceso psicológico de salud y 2) los resultados del proceso psicológico de salud. Para poder analizar cada uno de estos momentos se proponen categorías pertinentes para su análisis (Figura 7).

Figura 7. Modelo Psicológico de Salud Biológica (Ribes, 2008).



3.1. El proceso psicológico de la salud

De acuerdo a Ribes (2008), en el proceso psicológico de la salud se consideran los factores generales de todo proceso psicológico que afectan en la alteración o mantenimiento de los estados biológicos del organismo, los cuales probabilizan que se mantenga, recupere o pierda el estado de salud biológica. Dichos factores son: a) la historia interactiva del individuo, b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

3.1.1. Historia interactiva del individuo

La historia interactiva hace referencia a la historia psicológica de un individuo, es decir, cómo se ha comportado en el pasado ante diferentes situaciones. Dicha historia hace más probable o menos probable una forma de contacto conductual por parte del individuo, todo ello en función de sus antecedentes interactivos ante situaciones semejantes o con elementos comprendidos por dichas situaciones en el pasado. Cabe destacar, la historia psicológica no es una causa a distancia o una memoria, por el contrario, hace referencia a la disposición de un individuo a comportarse ante una situación presente, con base en sus formas y modos de interacción pasados (Ribes, 2008).

La historia interactiva puede analizarse a partir de dos dimensiones diferentes: los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales.

Los estilos interactivos tienen que ver con lo que tradicionalmente se conoce como personalidad. Un estilo interactivo hace referencia al modo consistente en que un individuo enfrenta una situación nueva, siempre y cuando, ésta no imponga o establezca criterios claros o explícitos respecto al cómo comportarse. Si la situación impone criterios más o menos precisos de efectividad, entonces el comportamiento del individuo se ajustará a dichos criterios. No obstante, dicho ajuste se realizará con base en el contacto inicial de su(s)

estilos(s) interactivo, en tal sentido, éstos modularán la oportunidad, velocidad y precisión de las conductas efectivas que implica el comportarte ante situaciones que prescriben un criterio de efectividad (Ribes, 2008).

Por otro lado, la disponibilidad de competencias funcionales (historia de competencias), hace referencia a la capacidad conductual adquirida en el pasado por el individuo, que le permite interactuar efectivamente en situaciones que imponen ciertos requerimientos o resultados. En la medida en que las competencias pasadas correspondan a situaciones similares a las actuales, se facilitará la interacción en la situación presente; asimismo, puede pasar todo lo contrario, en tanto las competencias pasadas correspondan a contingencias diferentes a las actuales (Ribes, 2008).

3.1.2. Competencias funcionales presentes

De acuerdo a Ocampo (2016) cuando se habla de competencia, se debe de tener cuidado de no confundir el término con el de habilidad, si bien, la competencia incluye a la habilidad, ambas poseen características diferentes. Una habilidad hace referencia a hacer algo con eficacia (produciendo algún efecto), por el contrario, el término de competencia implica la relación entre una situación que impone un criterio y las habilidades que deben de presentarse para realizarlo. Una competencia es de carácter disposicional, en tanto probabiliza el comportamiento efectivo de un individuo.

Las competencias funcionales presentes constan de los mismos componentes que la capacidad conductual del individuo; sin embargo, según Ribes (2008), en el análisis de las competencias funcionales presentes se deben tomar en cuenta: a) los requerimientos de la situación como campo de contingencias , es decir, qué demanda la situación, un problema a resolver, un resultado a producir, además de las consecuencias para el individuo y los cambios que tendrán lugar como efecto de una u otra forma de acción en un momento determinado; b) los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables como características de la situación (lugar, personas, objetos,

acontecimientos físicos, etc) o como condiciones biológicas momentáneas del individuo, y; c) la historia de competencias del individuo, es decir, la capacidad del individuo para interactuar en ciertas situaciones dada su experiencia particular.

3.1.3. Modulación de los estados biológicos

A partir de los descubrimientos en el análisis experimental de la conducta, se ha encontrado que las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas por la manera en la que el individuo actúe frente a las contingencias de una situación determinada (Ribes, 2008). Cuando un individuo interactúa en una situación, no lo hace “separado” de su cuerpo, puesto que en toda interacción participan los diferentes subsistemas biológicos del organismo. Por tanto, resulta ilógico considerar que únicamente las funciones biológicas regulen el comportamiento, puesto que la evidencia apunta a que dichas funciones también puedan ser afectadas por el contacto funcional que hacen con las variables del ambiente.

Dichos avances nos permiten hacer a un lado las concepciones tradicionales de la medicina psicosomática que consideraban la influencia del psiquismo, mente y/o cogniciones sobre el cuerpo, que a través del sistema nervioso, afectaba los diferentes subsistemas biológicos (Ribes, 2008). Desde la concepción del modelo psicológico de salud, se considera que las contingencias no impactan únicamente en el aspecto conductual del individuo, sino que también influyen en los sistemas reactivos biológicos y los estados resultantes del organismo, lo cual hará más o menos probable la aparición de alguna patología (Ocampo, 2016).

3.2. Los resultados del proceso psicológico de salud

Como se comentó, el modelo psicológico de salud biológica se divide en dos momentos: procesos y resultados. Como se puede observar en la Figura 7, las consecuencias del proceso psicológico de salud, pueden observarse en el grado

de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, además de la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo. Estos dos factores convergen para probabilizar la aparición de enfermedades biológicas y de los comportamientos asociados a ella (Ribes, 2008). A continuación se explican los elementos que constituyen dicha dimensión de análisis.

3.2.1. Vulnerabilidad biológica

La vulnerabilidad biológica se entiende como la interacción de condiciones orgánicas que, dados los factores desencadenantes o de contagio directo, aumentan la probabilidad de que el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica (Ribes, 2008).

La vulnerabilidad biológica puede verse afectada por diferentes condiciones, algunas de ellas, a pesar de que sean producto de la práctica individual, se manifiestan como interacciones estrictamente biológicas, por ejemplo, la desnutrición, el contagio de enfermedades de tipo viral o parasitario, inhalación de sustancias tóxicas, etc. Otras son de naturaleza puramente orgánica, es decir, aquellas que se originan de alteraciones genéticas y congénitas (por ejemplo, alteraciones en el sistema inmune), o que se derivan de otros estados patológicos previos.

Asimismo, existen otras condiciones que son directamente mediadas por el comportamiento. La modulación de estados biológicos por las contingencias propicia cambios orgánicos específicos a partir de la forma en que cada individuo interactúa, por ejemplo, cambios en la secreción gástrica, aumento de la tensión arterial, o bien, cambios generales que pueden afectar el sistema inmunitario, cardiovascular y/o digestivo, aumentando la probabilidad de desarrollar procesos patológicos a nivel orgánico (Ribes, 2008).

3.2.2. Conductas instrumentales y salud

Las conductas instrumentales son aquellas acciones de los individuos que aumentan o disminuyen la probabilidad de contraer una enfermedad, ya sea de manera directa o indirecta (Ribes, 2008). En tal sentido, las conductas instrumentales constituyen factores que aumentan o disminuyen el riesgo de una enfermedad biológica.

Las conductas instrumentales pueden tener como efecto el aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o empeorar un estado patológico existente; o bien, reducir el riesgo de enfermar o ayudar a la detención de su progreso e incluso su remisión total. En tal sentido, las conductas instrumentales son aquellas acciones efectivas específicas que previenen o aumentan los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de la patología biológica (Ribes, 2008).

Partiendo de lo anterior, las conductas instrumentales se clasifican en conductas productoras de patología directas e indirectas. Las directas son aquellas que producen el contacto con el agente patógeno, ya sea un agente causante de lesiones (por ejemplo los accidentes de trabajo), o un agente infeccioso o de otro tipo que afecta de manera específica a órganos y tejidos del organismo, tal y como ocurre con los contagios venéreos, exposición a tóxicos, etc. Las indirectas son aquellas que sin producir un contacto directo con agentes patógenos o dañinos aumenta la vulnerabilidad ante dichos agentes, por ejemplo, practicas alimentarias inadecuadas, ejercicio físico mal dosificado, consumo de alcohol, tabaquismo, etc. (Ribes, 2008).

Dado que las conductas instrumentales de tipo indirecto no tienen efectos inmediatos y específicos sobre la salud, su entrenamiento se vuelve más complicado; a diferencia de las de tipo directo, que se supondría son más fáciles de entrenar; sin embargo, la naturaleza de las prácticas culturales y las condiciones objetivas de vida desde el punto de vista de vida social, pueden dificultar su adiestramiento y establecimiento permanente y eficaz (Ribes, 2008).

Cabe destacar que las conductas instrumentales son la manifestación directa del nivel de competencia de un individuo. En tal sentido, al hablar de conductas instrumentales se habla de capacidad, entendiéndola como el saber hacer en distintas situaciones. Según Ribes (2008) la capacidad instrumental puede concebirse de la siguiente manera:

- Como la disponibilidad de conductas requeridas en tanto morfologías efectivas de comportamiento.
- Como la disponibilidad de información sobre el *por qué* se tienen que realizar o no determinadas conductas.
- Como la disponibilidad de información sobre las ocasiones *en qué* y la oportunidad *con qué* deben realizarse determinados comportamientos.
- Como la disponibilidad de formas de interacción alternativas, diferentes de las conductas que tienen ciertos efectos instrumentales.

3.2.3. Patología biológica y comportamientos asociados

La concurrencia de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un alto grado de vulnerabilidad biológica, desembocan irremediamente en estados de patología biológica. A pesar de que el tratamiento y terapéutica de dichas enfermedades es de naturaleza estrictamente biológica, la dimensión psicológica no debe descuidarse, es decir, los aspectos vinculados al comportamiento individual, a los que se les llama conductas asociadas a enfermedad (Ribes, 2008).

En tal sentido, son tres los aspectos fundamentales: I) los factores vinculados al seguimiento y adherencia de una terapéutica efectiva, por ejemplo, el seguimiento de una dieta, el consumo oportuno y dosificado de fármacos, la realización o prevención de cierto tipo de movimientos, etc., II) el comportamiento requerido en los aspectos rehabilitativos de enfermedades crónico-degenerativas o con impedimentos físicos terminales, que prácticamente se reduce a la

realización de ejercicios de rehabilitación, y III) la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica, que en ocasiones pueden adquirir autonomía funcional y ser un problema terapéutico en sí mismos, (Ribes, 2008).

Cabe destacar, las conductas asociadas a enfermedad pueden correlacionarse de manera directa con una condición patológica, o bien, pueden presentarse como resultado de ciertas conductas instrumentales sin que se exista alguna patología biológica (Ribes, 2008).

Respecto a la primera forma, dicha correlación puede darse de tres maneras: 1) como efecto directo de alguna alteración biológica, en tal sentido, dichas conductas guardan una correlación de necesidad con la patología biológica, ejemplo de ello es la repugnancia de alimentos bajo ciertos padecimientos gastrointestinales; 2) como conductas que se derivan de la terapéutica para modificar una patología biológica, ejemplo de ello, son las náuseas que se derivan por la quimioterapia; 3) como conductas que se vinculan indirectamente con la condición patológica, es decir, todos aquellos comportamientos que surgen de manera inespecífica como reacción estrictamente psicológica a la enfermedad: desaliento, queja, apatía, ansiedad, desesperación, tensión, irritabilidad, etc. Todo lo anterior no afecta únicamente el tratamiento biomédico, sino, además, aumenta la vulnerabilidad biológica a la enfermedad que lo afecta y a otras nuevas (Ribes, 2008).

En cuanto a las conductas que se presentan sin condición biológica alguna, por un lado, refieren al comportamiento “enfermo” vinculado a formas sistemáticas de interactuar en situaciones problema, es decir, cuando el individuo carece de competencias puede comportarse “como si estuviera enfermo” para afrontar situaciones problema; por otro lado, refiere al comportamiento “enfermo” que regula efectos sistemáticos del entorno social en relación al individuo, es decir, consecuencias sociales que pueden beneficiar al individuo como resultado de un comportamiento. Cabe destacar que pueden presentarse ambas formas y encadenarse funcionalmente (Ribes, 2008).

Como se ha explicado a lo largo del capítulo, el modelo considera aquellos factores psicológicos que probabilizan el mantenimiento o la pérdida del estado de

salud biológica, asimismo, los factores que probabilizan que una vez establecida la patología, ésta mejore, empeore o en el mejor de los casos, desaparezca. En tal sentido, el modelo permite trabajar en los tres niveles de atención a la salud: primario, secundario y terciario. El nivel primario hace referencia a las acciones estrictamente preventivas, es decir, evitar que el individuo enferme. En cuanto a los niveles secundario y terciario, considera aquellos individuos que su patología ha evolucionado y ocasionado daños irreversibles o parcialmente reversibles, en tal sentido, las acciones estarían orientadas al establecimiento de comportamiento para la adherencia terapéutica, la eliminación de comportamientos que interfieran en el tratamiento biomédico, etc. (Ribes, 2008).

Finalmente, el modelo psicológico de salud biológica, nos permite superar todos aquellos problemas relacionados a las *enfermedades mentales y/o psicósomáticas*; además, nos ofrece una forma naturalista de explicar el comportamiento respecto al continuo salud-enfermedad, es decir, sin recurrir a entes, mentes, etc. En tal sentido, el modelo da pauta para conceptualizar la fibromialgia y su respectiva dimensión psicológica de una manera radicalmente distinta; lo cual, indudablemente, nos conducirá a intervenciones más coherentes y sustentadas a la luz de una teoría general del comportamiento.

4. LA FIBROMIALGIA DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO DE SALUD BIOLÓGICA

Previo a presentar el respectivo análisis, es necesario esclarecer algunos puntos clave para evitar posteriores confusiones. En primer lugar, dicho análisis no pretende especificar las “causas psicológicas” de la fibromialgia. En segundo lugar, no se pretende negar, desacreditar o desechar, las investigaciones realizadas desde las diferentes disciplinas, por el contrario, se aboga por la debida integración de lo psicológico como un factor en la génesis y mantenimiento de dicho padecimiento. Finalmente, no se busca poner en tela de juicio la eficacia reportada de las intervenciones provenientes de distintos enfoques psicológicos, por el contrario, la propuesta se centra en la explicación que se ha hecho respecto al fenómeno, todo ello con el fin de generar formas de intervención congruentes con una teoría general del comportamiento.

Una vez esclarecidos tales puntos, el presente análisis tratará de evidenciar el error que implica el asumir a la fibromialgia como una enfermedad psicológica (léase *psicosomática*), y; el segundo, está orientado a la inserción del psicólogo en el campo de la salud a partir del modelo psicológico de salud biológica y el análisis contingencial como metodología para análisis y modificación del comportamiento.

4.1. Fibromialgia: ¿enfermedad psicológica?

La fibromialgia ha sido estudiada desde diferentes disciplinas, cada una de ellas tratando de aportar datos para poder generar una explicación sobre su génesis y mantenimiento. Algunos autores, dentro de este mar de incertidumbre, han establecido que la FM se trata de un síndrome somático funcional; en otros casos, un trastorno somatomorfo (Martínez, González & Crespo, 2003; Covarrubias-Gómez & Carrillo-Torres, 2016). Otros autores afirman que se trata de una enfermedad, dado que consideran que las “causas” se encuentran en las disfunciones neuroquímicas asociadas al dolor (Tovar, 2005; Hidalgo, 2011; Chaves, 2013)

Si bien, este posible hilo de discusión no le corresponde al psicólogo de la salud, ha dado pauta a la “admisión” de todo tipo de explicaciones psicológicas respecto de la etiopatogenia y definición de la FM. Un ejemplo de ello es la definición propuesta por Contreras y Tamayo (2005) la cual mantiene la esencia de la FM en tanto los síntomas que presenta; sin embargo, adhiere el término de “dolor subjetivo”. Esto lo vuelve más problemático, dado que se hablaría de un dolor “que no existe”, y por el contrario, se asumiría que se trata de un dolor que es “generado” por el propio paciente.

Todo ello ha desembocado en la creencia de que, si se trata de un dolor que es generado por el propio paciente, la explicación radica en lo psicológico. Martínez, González y Crespo (2003) mencionan que, dada la alta incidencia de síntomas psiquiátricos y el uso de antidepresivos para el manejo terapéutico del paciente, se puede considerar que los factores psicopatológicos son el factor primario en la explicación y tratamiento de la FM.

En tal sentido, surge la interrogante ¿Cómo es que lo psicológico o, mejor dicho, lo psicopatológico afecta lo biológico?. La respuesta radica en el concepto de salud mental, específicamente en la conexión mente – cuerpo sobre la que subyace. En términos muy simples, se afirma que la mente enferma como cualquier sistema biológico y, además, ésta es capaz de generar síntomas físicos y alteraciones biológicas en el organismo. Todos aquellos padecimientos que soslayan su explicación en dicha relación (como la FM), han recibido la etiqueta de trastornos somatomorfos y/o síndromes somáticos funcionales. Estas nuevas categorías han pasado a sustituir lo que se conocía tradicionalmente como “psicosomática” (Caballero & Caballero, 2008).

Partiendo de dicha noción, se ha intentado sustentar e incluso explicar, que los pacientes con fibromialgia sufren de dolor (sin relación fisiológica) debido a la alta incidencia de trastornos psicopatológicos (mentales) que padecen, dicho sea de paso, tales trastornos mentales son los encargados de generar la incapacidad en el paciente y los pensamientos catastróficos sobre su estado actual de salud (Caballero & Caballero, 2008).

No obstante, asumir dicha explicación, implica aceptar de manera implícita el concepto de salud mental y todas sus implicaciones, lo cual trae consigo diferentes errores lógicos. Ribes (2008) menciona que el término de salud mental descansa en un doble error lógico, puesto que se asigna a lo mental el carácter de entidad o proceso causal interno, y se aplica un modelo biológico de enfermedad a problemas que conciernen al comportamiento y su valoración social.

En cuanto al primer punto, la concepción dualista asume la existencia de la mente como un ente inmaterial que, paradójicamente, ocurre y tiene lugar dentro de un cuerpo, lo afecta y es afectada por los estados y circunstancias del mismo. Dicha concepción está fundamentada en lo que se conoce como el mito del fantasma en la máquina (Ryle, 1967) la cual tiene como fundamento la escisión de la vida humana en dos: interna (privada) y externa (pública), donde lo interno es causante de lo externo.

El dualismo parte de dos hechos incuestionables: a) las personas en su mundo cotidiano hacen referencia a un mundo interno de sentimientos, pensamientos, emociones y otros eventos mentales, y b) dicho mundo solo puede ser visto u oído por el propio individuo, como un mero espectador. Sin embargo, ambos hechos parten de interpretaciones erróneas respecto al habla ordinaria y la naturaleza de observación (Ribes, 2008).

De acuerdo a Ribes (2008) existen dos argumentos de por qué es un error lógico suponer que existen eventos mentales referidos por el habla ordinaria. Ambos argumentos parten del reconocimiento de que los términos del habla ordinaria que se definen gramaticalmente como sustantivos y verbos no corresponden necesariamente a objetos y acciones, ni tienen que corresponder a entidades o cosas, por tanto:

- El mito del fantasma en la maquina parte del falso reconocimiento de sustantivos y verbos como objetos y acciones, por ejemplo, pensar (verbo), tendría que consistir en una acción interna no observable o idea (sustantivo) un acontecimiento que tiene lugar al interior del sujeto.

- El habla ordinaria no constituye un sistema de símbolos con referencia inequívoca, en tal sentido, los términos y expresiones del habla no tienen correspondencia biunívoca con objetos y acciones; por consiguiente, las palabras y expresiones siempre adquirirán sentido según el contexto social en el que se usen.

En tal sentido, es incorrecto asumir que cuando las personas hablan respecto a pensamientos, ideas, recuerdos o cualquier otro evento de carácter mental, estos hagan alusión a acciones, procesos o acontecimientos que ocurren al interior de la persona; por el contrario, el uso de tales palabras adquieren sentido únicamente en el contexto específico en el que son utilizadas.

Por otra parte, Ryle (1967) utiliza el término de disposiciones en contraposición al uso de los términos mentalistas. Las disposiciones son colecciones simultáneas o sucesivas de ocurrencias o de acontecimientos que pueden constituir inclinaciones o estados en el individuo para comportarse de determinada forma ante ciertas circunstancias. Por ejemplo, una persona que es depresiva (trastorno mental por excelencia), realiza una serie de acciones que se califican social y diagnósticamente propias de una persona depresiva, tales como: dejar de asistir al trabajo o escuela, quedarse tirado en cama, evitar hablar con amigos y familiares, etc., no obstante, ninguna de estas acciones, en aislado, corresponden necesariamente al significado de depresión, sino es la colección de todas ellas las que permiten valorar como depresiva a una persona, desde una aproximación clínica tradicional.

Claro que esto no lo explica todo, puesto que, en el caso de la depresión o cualquier otro trastorno de tipo mental, no únicamente se le da primicia a explicaciones dualistas sobre el comportamiento; también se utiliza un modelo médico causalista. Se asume que la mente (siendo inmaterial) puede sufrir algún tipo de anomalía (como el de cualquier otra estructura biológica) la cual se manifiesta en la mal llamada conducta anómala o anormal. Sin embargo, si asumimos que la noción de mente como evento interno resulta incorrecta y por tanto, no puede enfermar, aquello que se le conoce como conducta anormal, no resulta ser más que una valoración social respecto a determinadas formas de

conducta. Cabe destacar, que, como cualquier otro comportamiento, éste se encuentra regido en términos de la interacción organismo-ambiente, de tal forma, resulta innecesario recurrir a mentalismos para explicarlo.

Considerando todo lo mencionado, asumir que la fibromialgia puede (o podría) considerarse una enfermedad de naturaleza psicológica o con alta prevalencia de trastornos psicopatológicos, resulta totalmente incorrecto, lo cual se tratará de evidenciar en los consecuentes párrafos.

Diferentes autores han considerado la posibilidad de que la fibromialgia se trate de un trastorno de orden mental en lugar de una enfermedad física. Blanco y Seguí (2002) mencionan que dadas las características que presentan los pacientes con fibromialgia (personalidad ansiosa y tendencia al trastorno hipocondriaco), ésta debería clasificarse dentro de la esfera psiquiátrica, específicamente como un trastorno por somatización. Caballero y Caballero (2008), indican la posibilidad de clasificar a la fibromialgia como un trastorno somatomorfo o bien como un síndrome somático funcional.

Grosso modo, los trastornos somatomorfos (donde se encasilla el trastorno por somatización) tienen como característica común la presencia de síntomas físicos que sugieren la presencia de una enfermedad médica y que no pueden explicarse a partir de indicadores fisiológicos concretos o por otro trastorno mental. El síndrome somático funcional hace referencia a aquellos síntomas físicos que tienen relación/explicación con/desde la psicopatología; sin embargo, la naturaleza de la "enfermedad" sigue tratándose desde la medicina. (Caballero & Caballero, 2008). Ambos casos, se encuentran clasificados como desórdenes mentales.

Más allá de lo problemático que puede llegar a ser el clasificar en un tipo de trastorno u otro (o no hacerlo) a la FM; la realidad es que para el psicólogo resulta información poco útil. Por un lado, dichas clasificaciones están basadas en principios psiquiátricos (en donde impera el modelo médico), las cuales están sustentadas en anomalías de orden neurológico, por tanto, la intervención se basa en la administración de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, anti-epilépticos, etc.); sin embargo, dicha práctica lo único que realiza es negar la legitimidad de lo psicológico. Por otro lado, continúan basándose en el supuesto de que la mente

está enferma o que hay una alteración neurológica que está ocasionando la alteración de las funciones mentales; lo cual sigue fundamentándose en el error lógico de la mente como acontecimiento interno.

Con frecuencia se menciona que las personas FM padecen de ansiedad, somatización, estrés, depresión, etc. (Contreras & Tamayo, 2005; Chaves, 2013), dada la alta presencia de dichos trastornos, se ha llegado a considerar que por sí solos pueden explicar los síntomas de la fibromialgia. Empero, en el caso de la depresión o cualquier otro trastorno de tipo mental, además de caracterizarse por una explicación dualista del comportamiento humano, se analiza/diagnóstica con base en un modelo médico causalista; decir que una persona es depresiva o ansiosa, no otorga ningún dato útil respecto a la naturaleza interactiva del individuo con sus circunstancias ambientales.

En consecuencia, aseverar que la fibromialgia se puede tratar de un trastorno mental o que puede ser explicada a partir de estos, resulta conceptualmente incorrecto (dado los errores lógicos que implica); además de ser un dato poco útil para el psicólogo de la salud, pero que genera bastante comodidad, puesto que las intervenciones, en lugar de basarse en un análisis de las circunstancias en las que interactúa el individuo, se limitan a la aplicación de técnicas ad-hoc al trastorno.

Algo que resulta innegable, es que la persona que padece fibromialgia presenta comportamientos que pueden contribuir a mejorar su actual condición pero también a empeorarla. Es aquí donde radica la riqueza del papel del psicólogo de la salud, puesto que es labor suya analizar y modificar el comportamiento en pro del bienestar y la salud del individuo; asimismo, su labor también se verá encaminada al ámbito preventivo.

4.2. Modelo Psicológico de Salud Biológica y Fibromialgia: La Inserción del Psicólogo en el Campo de la Salud

Cuando se habla sobre el Modelo Psicológico de Salud Biológica, se tiene que tener presente que se trata de un modelo de interfaz que permite la inserción del

psicólogo en el campo de la salud. Sería incorrecto asumir que las categorías del modelo pueden ser utilizadas para llevar a cabo un análisis del comportamiento de un paciente con fibromialgia. Por el contrario, el estatuto lógico del modelo psicológico de salud biológica es el de:

- 1) Transformar el lenguaje analítico de la ciencia en lenguaje sintético, característico de la tecnología; por ello, es que se trata de un modelo de interfaz, puesto que conecta ambas formas de lenguaje.
- 2) Delimitar la dimensión psicológica dentro de un campo multidisciplinario –en este caso la salud–, y especifica qué factores psicológicos se involucran en el proceso salud-enfermedad de los individuos.
- 3) Reconceptualizar problemas tradicionales asociados a la salud mental.
- 4) Permite la inserción del psicólogo en el campo de la salud, puesto que especifica niveles de intervención y los factores psicológicos que se involucran;

En consecuencia, el modelo psicológico de la salud biológica no tiene como fin el análisis y modificación del comportamiento individual; sin embargo, permite el uso de una metodología para tal fin. En tal sentido, se propone el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986) como metodología, derivada de la misma teoría interconductual.

Los primeros tres puntos ya han sido abordados de manera extensa a lo largo del presente trabajo. En cuanto al cuarto punto, no se pretende explicar en qué consiste el análisis contingencial, puesto que no es el objetivo del escrito. Basta con decir que el modelo psicológico de salud biológica especifica los factores psicológicos que influyen en el proceso salud-enfermedad del individuo; mientras que el análisis contingencial analiza la interacción del individuo ante sus circunstancias ambientales, permitiendo identificar los factores críticos para que ocurra dicha interacción.

En tal medida, el psicólogo de la salud debe centrarse en el comportamiento de los pacientes con fibromialgia, es decir, ¿cómo interactúan ante la enfermedad?, ¿en qué circunstancias?, ¿en qué y cómo ha repercutido su enfermedad?, ¿qué hacen?, ¿con quién?, ¿en dónde?, ¿qué saben hacer?, ¿con

qué información cuentan?, etc. Todo ello de manera multidisciplinaria y actuando con objetivos en común: desde adherencia al tratamiento, hasta el brindar herramientas para enfrentar situaciones potencialmente peligrosas para su estado de salud.

Finalmente, habría que enfatizar que la fibromialgia representa un reto adicional para los profesionales de la salud, incluido el psicólogo –debido a que los factores que causan la fibromialgia aún permanecen desconocidos; sin embargo, esto no implica que no se pueda, o sea un error, generar formas de intervención para mejorar el estado de los pacientes.

CONCLUSIONES

Es menester del psicólogo reflexionar acerca de las explicaciones sobre su objeto de estudio. Si se pretende establecer a la psicología como una disciplina científica, no basta con apegarse a los pasos de un método científico o generar formas de intervención que estadísticamente muestran eficacia. Es labor necesaria, indagar la pertinencia de su sistema conceptual para explicar e investigar su objeto de estudio. Además, poseer una teoría general – y no varias que resultan incompatibles entre sí-, de la cual se puedan derivar diferentes herramientas tecnológicas.

La propuesta aquí esbozada, se centró en la fibromialgia; sin embargo, existen otros padecimientos a los que se les siguen dando explicaciones similares. La FM continúa siendo una enfermedad que genera controversia, en muchos sentidos, en la comunidad científica, lo cual ha conducido a que su etiopatogenia se polarice en dos vertientes: la primera, esencialmente neurológica, donde la explicación subyace en las anomalías a nivel cerebral; la segunda, esencialmente psicológica, es atribuida a diferentes trastornos mentales en el individuo. Ambas explicaciones, suponen errores en mayor o menor grado.

Por un lado, resulta incorrecto reducir a la fibromialgia como una enfermedad que es ocasionada por anomalías cerebrales, puesto que sería una explicación reduccionista, además de que no se han encontrado resultados que puedan apoyar de manera decisiva tales explicaciones; por otro lado, adjudicarla a variables psicológicas, implica el mismo reduccionismo, además de sustentarse en el error lógico que implica la salud mental. Una enfermedad no puede ser explicada únicamente en términos biológicos, culturales o psicológicos, puesto que es solo la integración de estas tres dimensiones la que permitirá formas pertinentes de intervención.

Esto no significa que las investigaciones que se han realizado desde la biología o psicología, deban de desecharse; por el contrario, el trabajo tiene como fin, que los diferentes profesionales de la salud, reflexionen acerca de lo que se ha dicho sobre la fibromialgia –principalmente por la psicología- pero también por la

biología, dado que suelen ser causalistas –lo cual niega la influencia de lo psicológico en la génesis y desarrollo de cualquier enfermedad- , además de dar explicaciones neurológicas respecto al comportamiento, por ejemplo: asumen que un paciente con fibromialgia tiene <depresión> por los niveles bajos de serotonina (Cordero et al., 2010).

La fibromialgia, bajo ninguna circunstancia, puede considerarse una enfermedad psicológica, psicosomática o como un trastorno mental; resulta incorrecto e innecesario. Por el contrario, la persona con FM se comporta de determinadas formas ante ciertas circunstancias y, es aquí, donde el psicólogo de la salud debe priorizar su análisis, no en la mente.

Si se quiere que la psicología sea una ciencia natural, se tiene que trabajar de la misma forma que el resto de las ciencias: sin mentalismos, sin fantasmas y sin espíritus. La propuesta del modelo psicológico de salud biológica permite superar los problemas aquí esbozados y ofrece un auténtico análisis de carácter naturalista.

REFERENCIAS

- Alegre, C. & Sellas, A. (2008). Fibromialgia: enfermedad de la emoción o emoción del dolor. *Medicina Clínica: 131*(13), 503 – 504.
- Almendro, M., Mercedes, S., Hernández, S., Rodríguez, C., Camarero, B. & Del Río, T. (2011). Programa de atención psicológica al dolor crónico: el reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: 31*(110), 213-227. Recuperado de :<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/03.pdf>
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud: 20*(1), 97-102. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Leonardo-Alvarez.pdf>
- Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A. & Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica: 5*(2), 55 – 62.
- Benito, G., Nadador, V., Fernández-Alcnaud, J., Hernandez-Salvan, J., Ruiz-Castro, M. & Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad de Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Revistas de la Sociedad Española del Dolor: 14*(4), 254-262. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n4/especial2.pdf>
- Bethencourt, J. (2014). Lupus Eritematoso Sistémico. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría: 1*, 71 – 77.
- Blanco, W. & Seguí, M. (2002). Fibromialgia y trastorno somatomorfe: ¿existe un límite definido?. *SEMERGEN: 28*(4), 216-218.
- Caballero, L. & Caballero, F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Salud mental en atención primaria: 1714*, 15-29. Recuperado de: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf

- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública: 18(2)*, 19-138. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Cardozo, I. & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala: 17(3)*, 1079-1107. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2009). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Fibromialgia en el Adulto*. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/075_GPC_FibromialgiaAdulto/FIBROMIALGIA_EVR_CENETEC.pdf
- Chaves, D. (2013). Revisión bibliográfica: Actualización en Fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica: 30(1)*, 83 - 88.
- Collado, A. & Conesa, A. (2010). Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química. *Reumatología Clínica: 5(52)*, 27-31. Recuperado de: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tratamiento-farmacologicofibromialgiahacia-neuromodulacion/articulo/S1699258X09001478/>
- Comeche, I., Martín, A., Rodríguez, M^a., Ortega, P., Díaz, M. & Vallejo, M. (2010). Tratamiento Cognitivo - Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud: 21(2)*, 107 - 121.
- Contreras, N. & Tamayo, R. (2005). Fibromialgia aspectos clínico-prácticos del diagnóstico y tratamiento. *Médica Sur: 12(2)*, 93 - 98.
- Cordero, M., Alcocer-Gómez, E., Cano-García, F., de Miguel, M., Sánchez-Alcázar, J. & Moreno, A. (2010). Bajos valores de serotonina en suero se correlacionan con la gravedad de los síntomas de la fibromialgia. *Medicina Clínica: 135(14)*, 644-646.
- Covarrubias-Gómez, A. & Carrillo-Torres, O. (2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología: 39*, 58 - 63.

Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma161g.pdf>

- Cuatrecasas, G., Gonzalez, M., Alegre, C., Sesmilo, J., Fernandez-Solá, J., Casanueva, F., ... Puif-Domingo, M. (2010). High Prevalence of Growth Hormone Deficiency in Severe Fibromyalgia Syndromes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism: 95(9)*, 4331-4337. Recuperado de: <http://www.cpen.cat/cmsupload/noticies/jcem-fibromialgia.pdf>
- Cubillo, B. (2013). Síndrome de Fatiga Crónica. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica: 70(607)*. 423 – 428.
- De Inocencio, J. & Casado, R. (2014). Artritis Idiopática Juvenil. Introducción. Criterios de Clasificación, Mejoría, Recaída y Remisión. Epidemiología y Periodicidad de las Revisiones Oftalmológicas. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría: 1*, 1 – 8.
- Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de psicología Universidad de Antioquia: 2*, 57-71. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a5.pdf>
- Donoso, L. & Lorenzo, A. (2016). Factores Psicológicos y su rol en el Proceso Salud - Enfermedad de Pacientes Diagnosticados con Fibromialgia. *Salud y Sociedad: 7*, 46 - 59.
- García-Bardón, F., Castel-Bernal, B. & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de Intervención. *Reumatología Clínica: 2(1)*, 38 – 43.
- García-López, L., Piqueras, J., Rivero, R., Ramos, V. & Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *Revista CES Psicología: 1(1)*, 70-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539527008.pdf>
- Hidalgo, F. (2011). Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor: 18(6)*, 342-350. Recuperado de: http://www.academia.edu/25075249/Fibromialgia._Consideraciones_etiopatog%C3%A9nicas

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Kantor, J. (1975). *The science of psychology. An interbehavioral survey*. Chicago: Principia Press.
- Kantor, J. (1978). *Psicología Interconductual: un ejemplo de construcción científica y sistemática*. México: Trillas.
- Korszun, A., Sackett-Lundeen, L., Somers, E., Brucksch, C., Masterson, L., Engelberg, N., ... Crofford, L. (1999). Melatonin levels in women with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Journal of Rheumatology*: 26(12), 2675-2680. Recuperado de: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/136907>
- Lieberman, C. (2013). Prevalencia e incidencia de los principales trastornos endócrinos y metabólicos. *Revista Médica Clínica Las Condes*: 25(5), 735 – 741.
- López, F. (2008). Miopatías inflamatorias. Nuevos conceptos. *Reumatología Clínica*: 1, 40 – 44.
- Martínez, B., Sánchez, Y., Urra, K., Thomas, Y. & Burgos, J. (2012). Hormona de la oscuridad. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*: 59(4), 222-232. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2012/pt124h.pdf>
- Martínez, E., González, O. & Crespo, J. (2003). Fibromialgia: Definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*: 3(4), 1-8. Recuperado de: <https://afibrosal.org/documentos/investigaciones/documento02.pdf>
- Martínez, J., Suarez, R. & Menéndez, F. (2013). El síndrome de hiperlaxitud articular en la práctica clínica diaria. *Revista Cubana de Reumatología*: 15(1), 36 – 40.
- Moreno, E. & Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*: 3(1), 91-109. Recuperado de:

<http://www.ijpsy.com/volumen3/num1/59/el-modelo-de-creencias-de-salud-revisi-ES.pdf>

- Ocampo, C. (2016). *Estudio de caso para evaluar el efecto de un programa psicológico para incrementar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Paéz, D., Ubillos, S. & Pizarro, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada: 47(2)*, 141 -149. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2384733.pdf>
- Pérez, M. (2016). Tratamiento psicológico de la fibromialgia en una Unidad de Salud Mental (Tesis de Licenciatura). Universidad Jaime I. Madrid. Recuperado de:
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/162855/TFG_2016_perez M.pdf?sequence=1
- Pernambuco, A., Carvalho, L., Schetino, L. & Reis, D. (2015). The involvement of melatonin in the clinical status of patients with fibromyalgia síndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology: 33*, 1-6. Recuperado de:
http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su *qué* y su *para qué*. *Universitas Psychological: 5(3)*, 669-679. Recuperado de:
http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N317_psicologiasalud.pdf
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. & Landa, P. (1986). El análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología: 8*, 27-52.

- Rodríguez, M. & Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud: 15*(2), 169 - 185.
- Rothenberg, R. (2010). Patofisiología y tratamiento de la fibromialgia. Una guía para pacientes y médicos. *Fibromyalgia Frontiers: 18*, 1-10. Recuperado de: <http://www.fmpartnership.org/articles/Rothenberg%20Spanish-language.pdf>
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. México: Paidós.
- Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud. *Revista de Psicología de la Salud: 3*, 3-20. Recuperado de: https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/clinica-salud.PDF
- Secretaria de Salud (2016). Informe Sobre la Salud de los Mexicanos. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf
- Sprott, H., Salemi, S., Gay, R., Bradley, L., Alarcón, G., Oh, S., ... Gay, S. (2004). Increased DNA fragmentation and ultrastructural changes in fibromyalgic muscle fibres. *Annals of the Rheumatic Diseases: 62*, 245-251. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1754917/pdf/v063p00245.pdf>
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evalua: 1*(5), 22-37. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/538/478>
- Tovar, M. (2005). Fibromialgia. *Colombia Médica: 36*(4), 287 – 291. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28336411.pdf>
- Villaseñor, J., Escobar, V., De la Lanza, L. & Guizar, B. (2013). Síndrome de dolor miofascial. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico – Quirúrgicas: 18*(2), 148 – 157.
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R., Mease, P., ... Yunus, M. (2010). Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research: 62*(5), 600 – 610.

Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. & Hebert, L. (1995). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the General Population. *Arthritis & Rheumatism: 38*, 19-28.

Wolfe, F., Russell, I., Vipraio, G., Ross, K. & Anderson, J. (1997). Serotonin levels, pain threshold, and fibromyalgia symptoms in the general population. *Journal of Rheumatology: 24*(3), 555-559.

ANEXOS

Anexo 1

A. SS-Parte 1.

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan del 0 (leve) al 3 (grave):

1. Fatiga	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve, ocasional
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada, presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Sueño no reparador	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve, intermitente
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada, presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

3. Trastornos cognitivos	
<input type="checkbox"/>	0 = No ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = Leve, intermitente
<input type="checkbox"/>	2 = Moderada, presente casi siempre
<input type="checkbox"/>	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Sume el valor de todas las casillas marcadas y anótelos aquí: _____

Observará que el valor SS-Parte1 oscila entre 0 y 9.

B. SS-Parte 2.

Marque cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada.

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de colon irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga/agotamiento	Urticaria
Problemas de compresión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento/hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones/rash
Náuseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Cuente el número de síntomas marcados, y anótelos aquí: _____

Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3

Anote aquí su puntuación de la SS-Parte 2 (entre 0 y 3): _____

Suma de su puntuación SS-Parte 1 + SS-Parte 2 = _____

Compruebe que la puntuación se encuentre entre 0 y 12 puntos.