



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INCLUSIÓN DE TERAPIA PSICOANALÍTICA EN EL TRATAMIENTO DE  
LA FIBROMIALGIA**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:  
GUTIÉRREZ ARRIAGA ROSA ELENA  
MONTAÑO GRISI ERIKA GUILLERMINA**

**TUTOR DIRECTORA DE TESIS  
MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO  
REVISORA DE TESIS  
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ**



**CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX. 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# TESIS: INCLUSIÓN DE TERAPIA PSICOANALÍTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

Resumen .....	4
<i>Palabras clave:</i> Fibromialgia, diagnóstico, psicoanálisis, histeria.....	4
Abstract.....	4
Introducción .....	6
Diseño de la investigación .....	8
Fuentes .....	9
<b>CAPÍTULO 1 FIBROMIALGIA .....</b>	<b>11</b>
¿Qué es la Fibromialgia? .....	11
Diagnóstico de Fibromialgia .....	21
Epidemiología .....	24
Etiología .....	28
<i>Etiología Neurohormonal</i> .....	29
<i>Etiología Neuromuscular</i> .....	31
<i>Predisposición Genética</i> .....	31
<i>Factores Ambientales</i> .....	32
<i>Factores Psicológicos</i> .....	32
<b>Manifestaciones clínicas.....</b>	<b>33</b>
<i>Dolor</i> .....	33
<i>Rigidez</i> .....	35
<i>Fatiga</i> .....	35
<i>Alteraciones del Sueño</i> .....	35
<i>Trastornos psiquiátricos</i> .....	35
<i>Disfunciones Cognitivas</i> .....	36
<i>Síntomas Coexistentes</i> .....	37
<b>CAPÍTULO 2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS DE LA FIBROMIALGIA .....</b>	<b>41</b>
<b>1.-Diagnóstico .....</b>	<b>41</b>
<b>2.- Comorbilidad .....</b>	<b>47</b>
<b>3.- Tratamientos utilizados en la Fibromialgia .....</b>	<b>49</b>
Tratamientos farmacológicos .....	49
Tratamientos alternativos (no médicos).....	69
Medidas educativas y psicológicas .....	99
<b>CAPÍTULO 3 La mirada psicoanalítica en la fibromialgia .....</b>	<b>124</b>

<b>1.- Origen del psicoanálisis .....</b>	<b>124</b>
Método psicoanalítico .....	128
<b>2.- Una aproximación a la histeria y sus síntomas.....</b>	<b>133</b>
<b>3.- El dolor entre el signo y síntoma.....</b>	<b>136</b>
Síntoma conversivo en la histeria .....	137
<b>4.- Fibromialgia. Una aproximación psicoanalítica .....</b>	<b>139</b>
<b>CAPÍTULO 4 El reconocimiento de la histeria en un caso famoso.....</b>	<b>142</b>
UN POCO DE HISTORIA DE BERTHA EN LA HISTERIA DE ANNA O.....	143
LO QUE SÍ Y LO QUE NO SE DICE DE ANNA O. EN ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA .....	144
ANNA Y BREUER, TRATAMIENTO Y VÍNCULOS .....	148
FANTASÍA Y REALIDAD.....	151
<b>Discusión y Conclusiones .....</b>	<b>155</b>
<b>Limitaciones .....</b>	<b>165</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>167</b>

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación teórica pretende exponer a la fibromialgia desde su definición hasta las implicaciones que tiene en la vida de quienes la padecen, mediante un análisis comparativo entre los diversos tratamientos existentes, sus beneficios y efectos placebos. Además se revisan las similitudes entre personas con fibromialgia y personalidad histérica y las posibles mejorías en la calidad de vida que les puede brindar el tratamiento psicoanalítico, sin pretender equiparar a la fibromialgia como un tipo de histeria conversiva; sino señalando las ventajas que dicho tratamiento genera y pudiera también beneficiar a quienes viven con tal síndrome.

Se describe una aproximación al psicoanálisis desde su nacimiento, hasta el desarrollo del método de “la cura por el habla” y la mejoría alcanzada en el estudio de caso de Anna O. Se finaliza con la propuesta de incluir un proceso psicoanalítico de larga duración al tratamiento de un padecimiento hasta hoy sin cura, esto con la intención de abrir una nueva mirada a la fibromialgia y quizá una posibilidad de mejoría.

***Palabras clave:*** Fibromialgia, diagnóstico, psicoanálisis, histeria

## **Abstract**

The present theoretical research work aims to expose fibromyalgia from its definition to the implications it has in the lives of those who suffer from it, through a comparative analysis between the various existing treatments, their benefits and placebo effects. In addition, the similarities between people with fibromyalgia and hysterical personality and the possible improvements in the quality of life that psychoanalytic treatment can provide are reviewed, without trying to equate fibromyalgia as a type of conversion hysteria; but pointing out the advantages that this treatment generates and could also benefit those who live with such a syndrome.

An approach to psychoanalysis is described from its inception, until the development of the "speaking cure" method and the improvement achieved in the case study of Anna O. It ends with the proposal to include a long-term psychoanalytic process in the treatment of a condition that has not been cured until today, this with the intention of opening a new look at fibromyalgia and perhaps a possibility of improvement.

**Key words:** Fibromyalgia, diagnosis, psychoanalysis, hysteria

## Introducción

El presente trabajo es una investigación de tipo documental, cuyo objetivo general es exponer el tema de la fibromialgia y lo que implica en la vida de quienes la padecen, considerando como objetivos específicos:

- Dar a conocer qué es la fibromialgia y los diversos tratamientos existentes para la misma.
- Identificar los elementos en común entre pacientes diagnosticadas con FM y personalidad histérica sin que se les vea como sinónimos.
- Destacar la mejoría en la calidad de vida a través del tratamiento psicoanalítico a partir del caso Anna O., y extrapolar los posibles beneficios de dicho proceso para las personas con fibromialgia.

Para cumplir con dichos objetivos se aborda la etiología del síndrome de fibromialgia, sus comorbilidades y diversos tratamientos, siendo todos ellos paliativos, ya que no existe cura para dicho síndrome. Es por ello que se sugiere la inclusión del psicoanálisis para quienes viven con fibromialgia como una herramienta más en aras de su mejora.

A lo largo del primer capítulo se explicará que la fibromialgia es un síndrome de dolor musculoesquelético difuso generalizado, de origen desconocido que se diagnostica a través de criterios específicos señalados por el *American College of Rheumatology* [ACR]. Hoy en día entre 200 y 400 millones de personas en el mundo viven con fibromialgia y se trata de la cuarta enfermedad reumática más común. Entre sus principales manifestaciones clínicas se encuentran: dolor, rigidez muscular, fatiga, alteraciones del sueño, trastornos psiquiátricos y disfunciones cognitivas; además de cursar con diversas comorbilidades.

En el segundo capítulo se explica el proceso mediante el cual se diagnostica la fibromialgia a través de los criterios establecidos por la ACR, esto tras haber descartado

cualquier otro padecimiento y señalando las complicaciones que existen para poder ofrecer un tratamiento adecuado. Además, se desarrollan diversos métodos de atención que se brindan a quienes viven con dicho síndrome, tales como: farmacológicos, dietas, masajes, planes de ejercicio y algunas opciones de atención psicológica.

A lo largo del capítulo tres se establece un acercamiento a los conceptos básicos de la teoría psicoanalítica como las estructuras psíquicas, los síntomas, la asociación libre y la transferencia, con la finalidad de comprender desde dicha perspectiva a la fibromialgia y quienes la padecen.

Mientras tanto en el cuarto capítulo se desarrolla el caso clínico de Anna O. reportado por Sigmund Freud; sin embargo, se trata de Bertha Pappenheim, paciente de Joseph Breuer a quien se le considera la primera paciente con histeria de conversión atendida mediante el sistema psicoanalítico: *cura por el habla*. Para entender este caso se establece la evolución de la enfermedad, aspectos de la niñez, educación y elementos sociales de Pappenheim que ayudarían a desarrollar el naciente método.

Al término de la tesis se presentan las limitaciones, discusiones y conclusiones resultantes del trabajo realizado, así como las fuentes de investigación que sustentan el proyecto.

## **Diseño de la investigación**

Esta investigación documental tiene la finalidad de exponer el tema de la fibromialgia y lo que implica en la vida de quienes la padecen. A lo largo de esta obra se recopilan aportaciones y criterios de diversos autores e investigaciones, con la intención de plantear un panorama amplio con relación a la fibromialgia en sus diversos aspectos, para sugerir la inclusión de la terapia psicoanalítica.

Se trata de una investigación de tipo documental que consiste en un proceso sistemático y cualitativo donde se recolecta información, y que permite indagar y exponer datos sobre la temática en cuestión a partir de las investigaciones previas.

Dicho proceso requiere seleccionar, clasificar y evaluar la mayor cantidad de investigaciones e información relacionada al tema que pueda funcionar como fuente teórica, para establecer una base que se emplee para el desarrollo de una investigación científica.

Algunos aspectos distintivos de este modelo de investigación son:

- Los objetivos de la investigación establecen las fuentes teóricas, documentales y bibliográficas de la misma.
- Los objetivos específicos de la investigación delimitan los pasos a seguir en la investigación para alcanzar el objetivo general.
- Emplea información para redescubrir algún hecho, problema, establecer la línea de investigación, elaborar instrumentos de investigación o establecer hipótesis.
- Mediante la investigación documental se recolecta, selecciona y analizan los resultados previos.
- Los resultados de este método de investigación se obtienen a través del análisis, síntesis, deducción e inducción.

Cabe destacar que la investigación cualitativa más que probar o refutar hipótesis, ayuda a generar nuevas. Se trata de una investigación flexible, holística y que puede modificarse a medida que avanza. Sus resultados se dirigen a la comprensión de vivencias en un entorno específico en el que sus datos emergentes ayudan al mejor entendimiento del fenómeno en cuestión.

### **Fuentes**

Una muestra para una investigación documental es cualquier material en el cual se logró registrar o almacenar información sobre un fenómeno u objeto. Entendiendo por documento: fotografías, revistas, periódicos, páginas web, y cualquier material del que se pueda obtener información para la investigación que se realiza.

Para la presente investigación se emplearon documentos que forman parte de un colectivo, es decir, a partir de un conjunto de documentos científicos. En cada uno de estos documentos se consideraron tres aspectos como necesarios: confianza, precisión y variabilidad.

Se realizará un procedimiento sistemático de indagación, recolección, organización, interpretación y presentación de la información basado en el análisis de documentos bibliográficos para cumplir con el objetivo de la investigación, ello a través de los siguientes pasos:

- ❑ Delimitación del problema: plantear el problema de forma clara, precisa y concreta.
- ❑ Recolección de la información: buscar la información que diera sustento a la investigación realizada. Para ello se utilizaron libros, revistas, páginas web, manuales, videos, conferencias, investigaciones previas, entre otros. Ante estas fuentes de información se realizó una selección de los materiales a utilizar, se hizo una lectura concienzuda y se generaron diversas notas.
- ❑ Organización de los datos: los datos obtenidos se organizaron y jerarquizaron a partir del objetivo de la investigación.
- ❑ Análisis de la información y organización de la estructura de la investigación: se construyeron los capítulos de la investigación a partir de los datos relevantes obtenidos.
- ❑ Redacción del trabajo: como producto final se redactó el presente documento a partir de: los elementos formales y estéticos de la redacción de la investigación científica, las partes estructurales que conforman el presente trabajo y; los elementos y lineamientos de la norma APA para la investigación.

## CAPÍTULO 1 FIBROMIALGIA

A lo largo del presente capítulo se hablará de la fibromialgia, entendida como un síndrome de dolor en regiones específicas del cuerpo durante largos períodos. Además, se desarrollarán aspectos relacionados con su etiología, los signos y síntomas que le caracterizan, así como el hecho de que las mujeres constituyen la población con mayor prevalencia.

### ¿Qué es la Fibromialgia?

De acuerdo con el ACR podemos entender a la fibromialgia como un «síndrome de dolor crónico musculoesquelético difuso generalizado», que se caracteriza por el dolor en 18 puntos (al menos en 11 de ellos), que se han establecido mediante prevalencia; además según Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres (2016) existen cuatro características presentes en dicho síndrome:

- (I) dolor generalizado
- (II) debilidad muscular
- (III) zonas dolorosas particulares en el cuerpo
- (IV) diversos síntomas y/o síndromes somáticos (fatiga, alteraciones del dormir, disminución en la atención y memoria, otros).

Desde la década de los 90's el ACR (2021), estableció que la Fibromialgia debe entenderse como: “un síndrome de dolor-esquelético crónico de origen desconocido que se acompaña por fatiga y alteraciones en la memoria, el sueño y los estados de ánimo” Previo a esta definición, existían distintas clasificaciones de la fibromialgia; sin embargo, el mismo ACR sugirió que deberían abandonarse dichas distinciones ya que estos subgrupos no son distinguibles en sus características clínicas (Belenguer et al., 2009).

Para poder entender de una forma más clara el síndrome de la fibromialgia, es necesario desarrollar la historia de los padecimientos asociados a ésta.

El primer registro que se tiene corresponde a 1592, cuando Bailou, introdujo el término “reumatismo muscular” para poder explicar el dolor músculo-esquelético, crónico y difuso. Posteriormente en el siglo XVIII a estos mismos padecimientos, se les describió como reumatismo articular deformante del reumatismo muscular. Balfour en 1815 mencionó al reumatismo en el que aparecen formaciones nodulares de tejido conjuntivo subcutáneo. Ya en 1880 Beard habló de la neurastenia/mielastenia como un síndrome de dolor difuso, acompañado de fatiga y alteraciones psicológicas.

En el siglo XX, Gower expuso la existencia de un cuadro de dolor generalizado que dañaba las vainas tendinosas, los músculos y las articulaciones que bautizó como “Fibrositis”, asumiendo la existencia de una base inflamatoria para dicho padecimiento. Entre las décadas de 1920 y 1930 varios autores sugirieron diferentes términos para este tipo de enfermedades, tales como: Miofascitis, Miofibrositis y Neurofibrositis. Durante la 2da. Guerra Mundial se consideró la existencia de diversos padecimientos que se conformaban por la presencia de dolor músculo-esquelético crónico concomitante al estrés o depresión. En 1977 Smythe señaló diversos puntos hipersensibles a la palpación y destacó la existencia de sueño irritado con recurrente intrusión de ondas alfa en estadios profundos del sueño (Martínez-Lavín García, 2012). Cabe señalar que H. A. Smythe, médico anatomista y reumatólogo, explicó el desarrollo del síndrome, destacando que se caracterizaba por dolor generalizado y localizado en múltiples puntos anatómicos hiperirritables (también denominados puntos gatillo), acompañado de fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño.

Sin embargo, es hasta 1976, cuando Hench utiliza por primera vez el término “fibromialgia” para resaltar la existencia de eventos musculares dolorosos y la ausencia de signos inflamatorios (Munguía Izquierdo et al., 2007).

En 1990, el ACR realiza un estudio, el cual concluyó que existen dos manifestaciones cardinales del síndrome: por un lado, el dolor generalizado crónico debe haber estado presente

por al menos 3 meses en los cuatro cuadrantes del cuerpo y en esqueleto axial y por el otro lado alodinia extensiva, representada por hipersensibilidad a la presión en hasta 18 puntos anatómicos específicos.

En 1991 Bennett creó un cuestionario como instrumento para medir el impacto de la fibromialgia en sus pacientes. Además, en colaboración con sus colegas estableció que los niveles séricos de somatomedina C, se encontraban disminuidos en pacientes con fibromialgia (Martínez-Lavín García, 2012).

Es hasta 1992, cuando el síndrome de la fibromialgia es reconocido por la Organización Mundial de la Salud [OMS] y tipificado en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE 10] con el código M-79.7 dentro del apartado *Otros Trastornos de los Tejidos Blandos, no clasificados en otra parte*.

De acuerdo con la Sociedad Argentina de Reumatología (2016), el ACR propuso en 2010 nuevos criterios para el diagnóstico de la fibromialgia, los cuales no incluyen el examen de los puntos específicos, pero sí una evaluación de la fatiga, el sueño, los trastornos cognitivos y somáticos; y en el 2014 realiza una nueva modificación con la intención de evitar evaluaciones subjetivas y para lo cual crea dos cuestionarios, capaces de ser autoadministrados por los pacientes. En el primer cuestionario el paciente registra áreas de dolor generalizado "*Widespread Pain Index*" [WPI] y en el segundo, establece una puntuación correspondiente al impacto de los síntomas *Synthome Severity Score* [SSS]. De acuerdo con estos índices, un paciente puede tener fibromialgia si en la primera tabla: Índice de dolor generalizado obtiene un  $WPI \geq 7$  y en la tabla de Índice de gravedad de síntomas un  $SSS \geq 5$  o WPI de 3-6 y  $SSS \geq 9$  señalando que no hay un patrón específico para el diagnóstico. Sin embargo, los síntomas deben contar con una persistencia mínima de tres meses.

Estos criterios tienen una sensibilidad de 88.4% y una especificidad del 81.1% (Ruiz Sandoval, 2016).<sup>1</sup>

De acuerdo con la Fundación Articular (2020) los siguientes pasos forman parte de los criterios para obtener el puntaje de cada etapa en las pruebas arriba descritas.

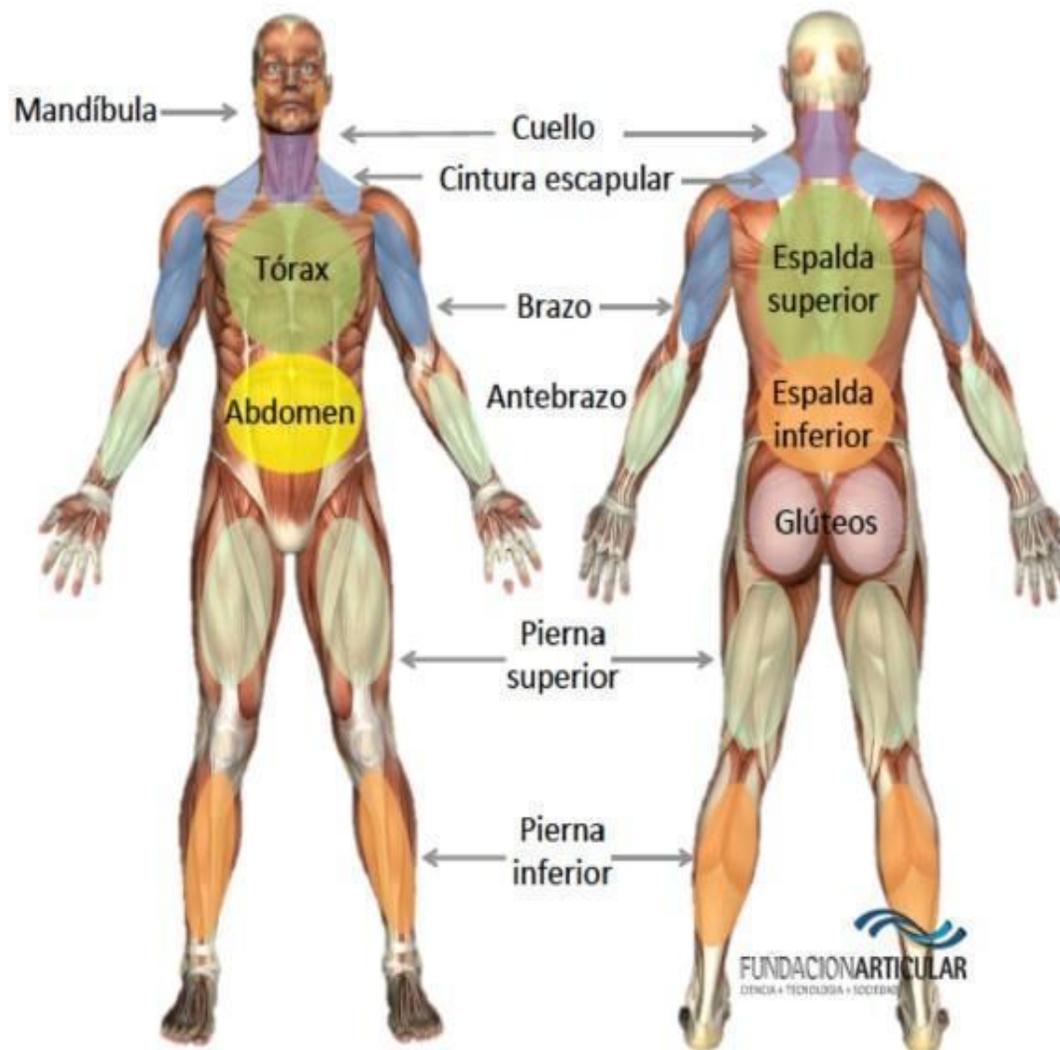
**1ª Etapa:** El paciente señala el número de áreas en las que ha sentido dolor en los últimos siete días. La suma oscila entre 0 y 19 (cada área equivale 1 punto).

---

<sup>1</sup> En las pruebas diagnósticas, la *sensibilidad* corresponde al número de sujetos enfermos que dan positivo en la prueba, mientras que la *especificidad* se trata del número de personas sin el padecimiento que dan negativo en la prueba (Vizcaíno-Salazar, 2017).

## Figura 1

Prueba de diagnóstico en fibromialgia



Nota. Adaptado de *Diagnóstico de Fibromialgia* (ACR 2010) por Fundación Articular, 2020,

(<http://www.fundacionarticular.org/images/voluntariado/diagnostico-de-fibromialgia.pdf>)

## Formato 1

### *Criterios Diagnósticos de Fibromialgia del ACR*

#### **Índice de dolor generalizado WPI**

Señale el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana. No incluya zonas adoloridas por golpes o padecimientos conocidos

	Cintura escapular (hombro) izquierda	Mandíbula derecha
	Cintura escapular (hombro) derecha	Mandíbula izquierda
	Pierna inferior izquierda (pantorrilla)	Tórax
	Pierna inferior derecha (pantorrilla)	Abdomen
	Brazo superior izquierdo	Glúteo izquierdo
	Brazo superior derecho	Glúteo derecho
	Brazo inferior izquierdo (antebrazo)	Espalda superior
	Brazo inferior derecho (antebrazo)	Espalda inferior
	Cuello	Pierna superior izquierda
		Pierna superior derecha

Cuente el número de áreas que ha marcado y coloque el resultado: \_\_\_\_\_

## 2ª Etapa: Escala de la Severidad de los Síntomas (SSS)

La escala de Severidad de los Síntomas es un indicador de tres síntomas diferentes: sueño no reparador, fatiga y síntomas cognitivos. Para cada uno de esos síntomas se selecciona el nivel de gravedad durante los últimos 7 días a partir de una escala tipo Likert que va de 0-3. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.

Seleccione una de las siguientes casillas indicando la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada.

### Cansancio

<input type="checkbox"/>	0 = no ha sido un problema
<input type="checkbox"/>	1 = leve
<input type="checkbox"/>	2 = moderada
<input type="checkbox"/>	3 = grave

Puntaje: \_\_\_\_\_

### **Sueño no reparador**

	0 = no ha sido un problema
	1 = leve
	2 = moderada
	3 = grave

Puntaje: \_\_\_\_\_

### **Trastornos cognitivos**

(memoria, atención)

	0 = no ha sido un problema
	1 = leve
	2 = moderada
	3 = grave

Puntaje: \_\_\_\_\_

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

	Dolor muscular		Silbidos al respirar
	Colon irritable		Manos o pies azules con el frío
	Cansancio/ agotamiento		Urticaria
	Problemas de memoria		Zumbidos de oídos
	Debilidad muscular		Vómitos
	Dolor de cabeza		Acidez de estómago
	Calambres en el abdomen		Aftas en la boca
	Entumecimiento/ hormigueos		Pérdida o cambios del gusto
	Mareos		Convulsiones
	Insomnio		Ojo seco
	Depresión		Respiración entrecortada
	Estreñimiento		Pérdida del apetito
	Dolor en el abdomen		Erupciones
	Náuseas		Intolerancia al sol
	Ansiedad		Trastornos auditivos
	Dolor torácico		Moretones frecuentes
	Visión borrosa		Caída del cabello
	Diarrea		Dolor al orinar
	Boca seca		Orinar con frecuencia
	Picores (picazón)		Espasmos de la vejiga

Cuente el número de síntomas marcados: \_\_\_\_\_

Identifique en la siguiente tabla el puntaje que le corresponde al número de síntomas.

**No de síntomas**

**Puntaje**

Ninguno	0
Entre 1 y 10	1
Entre 11 y 24	2
25 o más	3

Puntaje No de síntomas: \_\_\_\_\_

**Puntaje final**

Cansancio	
Sueño	
Cognitivos	
No. De síntomas	
<b>Suma</b>	

Puntaje 2ª etapa  
(resultado de la suma)

## Etapa final

Anota el puntaje de cada una de las etapas:

Puntaje 1ª Etapa	<input type="text"/>
Puntaje 2ª Etapa	<input type="text"/>

## Diagnóstico de Fibromialgia

Padecería fibromialgia si reúne los siguientes tres criterios:

Primer Criterio

1ª Etapa	Más de 7 puntos
2ª Etapa	Más de 5 puntos

O bien:

1ª Etapa	Entre 3 y 6 puntos
2ª Etapa	Más de 9 puntos

Segundo Criterio

Los síntomas tienen que estar presentes al menos durante 3 meses

Tercer Criterio

No padece otra enfermedad que justifique los síntomas.

*Nota.* Adaptado de *Diagnóstico de Fibromialgia* (ACR 2010) por Fundación Articular, 2020,

(<http://www.fundacionarticular.org/images/voluntariado/diagnostico-de-fibromialgia.pdf> )

A partir de 1990 el ACR ha modificado los criterios para poder diagnosticar a las personas con fibromialgia. Con la finalidad de entender de mejor manera su evolución se muestra la siguiente tabla:

**Tabla 2**

*Evolución de los criterios diagnósticos del ACR*

<b>Criterios</b>	<b>Puntos clave</b>	<b>Elementos de diagnóstico</b>
<b>Criterios de clasificación ACR 1990</b>	Dolor generalizado, bilateral, por encima y debajo de la cintura y axial en los tender points, puntos gatillo o zonas hiperirritables localizadas en una banda tensa de un músculo esquelético.	Los tender points están en la espina dorsal, hombros, costillas, caderas y rodillas y suelen situarse en las inserciones de ligamentos y músculos.  Exploración médica: se cumplen los criterios cuando al menos 11/18 puntos, a la palpación presentan dolor con una fuerza aproximada de 4 kg.
<b>Criterios diagnósticos preliminares ACR 2010</b>	Dolor generalizado y síntomas somáticos sustanciales.  Síntomas presentes mayor $\geq$ 3 meses.  No hay otro trastorno que pueda explicar el dolor.	Reporte médico: puntuación en WPI: 0-19  Puntuación SSS: 0-12  0= sin problemas  3= síntomas severos en 4 áreas: fatiga, sueño no reparador, síntomas cognitivos y somáticos  Puntuación total: 0-31  Se cumple criterio cuando: WPI está 3-6 y SSS $\geq$ 9  O bien si WPI es $\geq$ que 7 y SSS es $\geq$ 5
<b>Criterios diagnósticos ACR 2011</b>  <b>ACR 2010 modificados o criterios de investigación o encuesta 2011</b>	Versión modificada de los criterios diagnósticos preliminares ACR 2010 basados en evaluación autoinformada de los síntomas	Reporte paciente:  Puntuación WPI 0-19  Puntuación SSS 0-12 añadiendo dolor de cabeza, dolor o calambres en el bajo abdomen y depresión  Puntuación total: 0-31  Se cumplen criterios cuando: WPI está 3-6 y SSS $\geq$ 9  O bien WPI $\geq$ 7 y SSS $\geq$ 5

Criterios	Puntos clave	Elementos de diagnóstico
<b>Criterios ACR 2016</b>  <b>Revisión de los criterios diagnósticos ACR 2011</b>	Versión modificada de los criterios ACR 2011 basados en evaluación autoinformada de los síntomas.	Reporte paciente: puntuación WPI 0-19 Puntuación SSS: 0-12 dolor de cabeza, dolor o calambres en el bajo abdomen y depresión Puntuación Total 0-31 Se cumplen criterios cuando WPI está 4-6 y SSS $\geq$ 9 O bien WPI $\geq$ 7 y SSS $\geq$ 5 y; Se da un dolor generalizado en al menos 4 o 5 regiones corporales (en los 4 cuadrantes y axial) excepto en la cara y abdomen

*Nota.* WPI: del inglés Índice de Dolor Generalizado; SSS: del inglés Escala de Severidad de los Síntomas. Adaptado de *Evaluación de la regulación emocional cognitiva en fibromialgia mediante el instrumento Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)* (p.24), por Häuser et al., 2017, como se citó en Reche Camba, 2019, Universidad Autónoma de Barcelona.

(<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/667437/erc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

Además de los criterios ya señalados para el diagnóstico de FM, se podrían emplear algunos otros cuestionarios con la intención de conocer más aspectos de la situación de vida de estos pacientes. Por ejemplo, el grado de afectación o severidad de los síntomas, depresión, somatización, ansiedad, entre otros.

Uno de estos cuestionarios es el Test BSI-18 se trata de un autoinforme de papel y lápiz que consta de 18 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert y que busca evaluar la sintomatología psicopatológica más prevalente en población clínica y médica, y en población general. Lo que hace es estimar un Nivel General de Gravedad, y medidas en factores de Somatización, Depresión y Ansiedad (Calderon et al., 2020).

## **Epidemiología**

Cuando pensamos en las causas que nos motivan a visitar al médico, sobre todo por primera ocasión, solemos considerar como primeras afecciones daños orgánicos que requieren de revisión médica y estudios de gabinete. Sin embargo, Barrera et al. (2005) señalan que el 52% de los pacientes que acuden a clínicas no presentan anomalías orgánicas que expliquen los síntomas que padecen. Además, en comparación con los pacientes que sí tenían un diagnóstico médico, éstos presentaban trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad. De acuerdo con estos autores: 25% mantenía fatiga prolongada; de 2.1% a 5.7% cursaba con síntomas de fibromialgia; 14.2% de mujeres presentaban dolor de cabeza.

Entre el 0.5 y el 5.8% de la población mundial se encuentra afectado por fibromialgia. Cabe destacar que las mujeres predominan en este porcentaje en una relación de 1:9 con especial impacto en el rango de edades de entre 25 y 50 años. La Fundación Mexicana para la Fibromialgia menciona a través de su blog que el 60% de las personas que sufren fibromialgia, presentan el síndrome entre los 30 y 40 años y en todo el mundo hay entre 200 y 400 millones de personas con esta enfermedad. Uno de cada 25 habitantes del Reino Unido padece esta enfermedad y está presente en el 2% de los norteamericanos (Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres, 2016), es decir que el trastorno afecta un estimado de 10 millones de personas. De acuerdo con la Canadian Rheumatology Association (2013), la FM afecta hasta el 3% de la población canadiense.

En México, durante la década de los 90's se calculó una prevalencia del 4.8% en el Hospital General de México [HGM] (Covarrubias-Gómez, Carrillo-Torres, 2016), mientras que en el 2011, en estudios comunitarios de prevalencia, se reportó un 1.7% para la Ciudad de México (Peláez-Ballestas et al., 2011) posicionándose como la cuarta enfermedad reumática más común, después de la osteoartritis, la artritis reumatoide y el síndrome de dolor reumático regional. En el HGM, los pacientes atendidos con fibromialgia fueron 93.7% mujeres y 6.3%

hombres y la edad más común osciló entre los 25 y 59 años (Colmenares Roa, 2013). De acuerdo con el censo del 2015 realizado por Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], aproximadamente entre el 2.5 y el 4 % de la población en México sufre fibromialgia. Mientras que la investigadora Vargas G. (2018) señala que entre el 2 y 6% de la población infantil cuenta con diagnóstico de fibromialgia y de ellos más del 70% se localiza en zonas urbanas; lo que se vincula con poca actividad física y alto grado de estrés por la exigencia en las actividades cotidianas. Esta especialista menciona que entre el 2 y 7% de la población que habita en zonas urbanas vive con fibromialgia, y lo atribuye al estrés con el que se vive en estas zonas y, al mismo tiempo, a la facilidad con la que pueden acceder a diagnósticos médicos. Contrario a lo que sucede en zonas rurales, donde la población con fibromialgia oscila entre 1 y 2%, si bien se asocia a un nivel de vida más relajado (de acuerdo a lo expuesto por la especialista), también está en relación con una menor cercanía al servicio médico y por ende a un diagnóstico como tal.

En esta misma ponencia, la investigadora establece que entre los factores socioeconómicos asociados a esta situación de vida (rural/urbano) se encuentra una mayor relación con trabajos que implican un mayor estrés y los recursos necesarios para atenderse con especialistas, por lo que es más frecuente que la población diagnosticada con fibromialgia pertenezca a una clase media y media alta.

Vargas G. (2018) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2018), coinciden en que a nivel mundial la fibromialgia posee una prevalencia entre del 2-6%. Las variaciones que se pueden observar en estos porcentajes con relación a lo expuesto por otros investigadores pueden deberse a la metodología utilizada, así como a la variación en el tiempo en el que se realizaron dichas investigaciones.

El primero de junio de 2014, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, la presidenta de la Comisión de Vivienda de la [ALDF] Miriam Saldaña Cháirez informó que para

la Fundación Mexicana para la Fibromialgia en el 2011 registró por parte del IMSS un total de 694 casos nuevos, siendo más frecuente en mujeres que sumaron 428, mientras los hombres, 256; de estos, 157 fueron jóvenes adultos de 30 a 39 años y 148 adultos de 40-49 años.

En España, Belenguer et al. (2015); pertenecientes al Comité Científico de la Asociación Divulgación de Fibromialgia, refieren que entre las enfermedades que presentan dolor crónico, la fibromialgia es la principal causa de desempleo, mayores reclamaciones de subsidios por incapacidad y con mayor número de días de ausentismo laboral, por lo que genera grandes costos a la sociedad. Después de la artrosis, la fibromialgia es la enfermedad reumatológica más frecuente. Según cifras de la OMS, del 47% al 67% de los pacientes con ocupación, en un año faltaron al menos 10 días a sus respectivos trabajos, y en otros casos no llegaron a laborar hasta en 40 días. Existen algunas otras estadísticas y datos relevantes con relación a las personas con fibromialgia.

**Tabla 3***Sociodemografía de la FM*

<b>Característica sociodemográfica</b>	<b>Frecuencia</b>
Edad	47,3 años
Mujer	96,8 %
Peso actual	82 kg.
Peso a los 18 años	59 kg.
Altura	165 cm.
IMC	30,1
Síntomas > 4 años	75,5 %
Caucásica	91,5 %
Afroamericana	2,3 %
India americana	3,6 %
<b>Característica sociodemográfica</b>	<b>Frecuencia</b>
Hispánica	2,6 %
Asiática	0,4 %
Casada	64,2 %
Divorciada	17,4 %
Soltera	11,2 %
Viuda	2,5 %

*Nota.* Adaptado de *Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana* por Bennett et al., 2007, como se citó en Cabo-Meseguer et al., 2019, *Revista Española de Salud Pública*, 93.

([https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100022) )

De acuerdo con la tabla sociodemográfica expuesta se pueden observar algunas características que agrupan a las personas que viven con fibromialgia, destaca que de la muestra estudiada el 96,8% está constituido por mujeres y de éstas el 64,2% son casadas.

A su vez el 91,5% está constituido por población caucásica, mientras que sólo el 0,4% corresponde a la población asiática, en este sentido se entiende que dichos autores sugieren que la discrepancia entre porcentajes de población con fibromialgia es correlacional con el sobrepeso con el que viven cada uno de estos grupos de mujeres. Es sabido que la población asiática suele tener menor incidencia en sobrepeso y obesidad en comparación con otras poblaciones; y este factor se ha asociado con el incremento de los síntomas en la fibromialgia.

Cabe señalar que algunos autores como Martínez-Lavín García (2012) y Montemayor Pachur (2016) destacan el estrés que viven las mujeres amas de casa, que incrementa si se acompaña de actividades laborales, como un elemento detonador de cuadros agudos en la fibromialgia. Las quejas de los pacientes son totalmente reales, no están solamente en la mente del paciente y se manifiestan en conjunto en la corporeidad. Por ejemplo en algunos casos se ha notado una anomalía en el Sistema Nervioso Central que lleva a ciertas anomalías en órganos específicos.

### **Etiología**

El concepto más importante por resaltar es que la causa de la fibromialgia no se ha identificado, aunque se han detectado varios factores que podrían predisponer a padecerla. No obstante, no existe evidencia científica suficiente para considerar a ningún factor predisponente ni a ninguno de los mecanismos fisiológicos alterados descritos como posibles causas de la fibromialgia (Montemayor Pachur, 2016). De manera más específica algunos investigadores sugieren que una anomalía en los mecanismos fisiológicos de procesamiento del dolor, acompañada de múltiples factores psicológicos y sociales, interactúa en el desarrollo de la fibromialgia.

Winfield (2001) resalta que en medicina cada especialidad posee su propio síndrome somático: colon irritable en gastroenterología; dolor precordial en cardiología; migraña en neurología; dolor pélvico crónico y síndrome premenstrual en ginecología; fibromialgia en reumatología. Estos síndromes presentan diversas similitudes, entre ellas que están asociados a la depresión y ansiedad, además tienen una alta comorbilidad con los trastornos de personalidad; los pacientes presentan estrés emocional, y en muchos de los casos se hace constante la presencia de historias de abuso psicológico, físico o sexual en la niñez.

### ***Etiología Neurohormonal***

Para muchos investigadores la FM es un trastorno de los mecanismos de regulación del dolor al evidenciarse alteraciones en los neurotransmisores responsables: serotonina plasmática deficitaria, disfunciones en los neurotransmisores monoaminérgicos 5-hidroxitriptamina (5-HT; serotonina), noradrenalina y dopamina, concentraciones de noradrenalina en el líquido cefalorraquídeo deficitarias con respecto a controles sanos y pacientes con artritis reumatoide, concentración de sustancia P aumentada en el líquido cefalorraquídeo, endorfinas y el llamado “péptido relacionado con el gen de la calcitonina”.

También existen evidencias de alteraciones en el procesamiento del dolor en pacientes con FM a partir del estudio de imágenes.

La disminución de valores de la serotonina y de noradrenalina, dos mediadores de la analgesia, y el aumento de la actividad de la sustancia P, que acelera la neurotransmisión del dolor, pueden explicar un umbral del dolor anormalmente disminuido en pacientes con FM.

La respuesta del cortisol a la hormona adrenocorticotropa está disminuida y retrasada con el ejercicio a pesar de concentraciones basales normales, y la existencia de un pico más alto del índice diurno y una menor excreción urinaria de 24 h de cortisol libre en comparación con controles sanos y pacientes con artritis reumatoide.

Las concentraciones séricas de somatomedina C –un marcador indirecto del grado de secreción de hormona de crecimiento- son significativamente más bajas en los pacientes con FM que en controles sanos, lo que alteraría la homeostasis muscular (Munguía Izquierdo et al., 2007).

Se ha detectado disminución de flujo sanguíneo en el tálamo y en el núcleo caudado (tálamo: centro de procesamiento de dolor y de la función autonómica). Asimismo, existe un exceso de glutamato en áreas cerebrales de reconocimiento de dolor.

Se han descrito niveles disminuidos del neurotransmisor inhibitorio GABA (ácido gama aminobutírico), acompañándose de trastornos del sueño, intrusión de ondas alfa en los estadios profundos del sueño (Martínez-Lavín García, 2012).

Es decir, en la fibromialgia se genera un estímulo que se transmite por la médula espinal y llega al cerebro (donde se interpreta como doloroso), y se produce una respuesta con reguladores que deberían frenar el dolor; sin embargo, en esta condición se estimulan las sustancias del dolor con una deficiente regulación del mismo, por lo que éste permanece y se incrementa, ya que ocurre un error tanto en la percepción, como en la regulación.

Tal es el caso del fenómeno *Wind Up* donde un estímulo en el mismo lugar tiende a doler cada vez menos, y en el caso de la fibromialgia sucede lo contrario, es decir, el dolor se incrementará (Vargas G., 2018).

### *Etiología Neuromuscular*

Se ha demostrado hipoxia en los tejidos musculares, reducción de las concentraciones de fosfatos de alta energía y de la capacidad oxidativa del músculo en reposo y durante el ejercicio en comparación con controles sedentarios; aumento significativo de los valores de producción de lactato, adenosintrifosfato (ATP) e isoenzimas musculares de láctico deshidrogenasa respecto a pacientes con dolor crónico osteoarticular y controles sanos.

Además, se ha comprobado desregularización de las citocinas, concretamente de la interleucina-1Ra, la interleucina-6 y la interleucina-8, que son glucoproteínas implicadas en la regulación del crecimiento y en la reparación muscular, que presentan propiedades inmunomoduladoras y que sirven como mensajeros químicos entre las células; y dificultades para mantener un ejercicio intenso con exacerbación posterior del dolor. Lo que sugiere que el músculo puede ser el "órgano diana" de esta afección (Munguía Izquierdo et al., 2007).

### ***Predisposición Genética***

De acuerdo con el Dr. Martínez-Lavín García (2017) existe una predisposición genética para la fibromialgia, donde los familiares directos de aquellas pacientes con el síndrome poseen 8 veces más probabilidad de desarrollar el padecimiento, en comparación con la población en general.

Se han realizado estudios en gemelos, dando como resultado que el 50% de los factores que favorecen la fibromialgia son heredables y el otro 50% son ambientales.

Los distintos estudios que se han realizado para conocer variaciones genéticas en relación al sistema de respuesta ante el estrés han resultado positivos; por ejemplo pacientes con fibromialgia poseen diferentes polimorfismos del gen de la catecol-o-metil transferasa y de la serotonina, y al mismo tiempo se detectó la deficiencia de la enzima para degradar

catecolaminas (adrenalina) y detectar receptores adrenérgicos disfuncionales. En casos de fibromialgia grave se observó una alteración genética en los canales de sodio, fenómeno asociado a neuropatías de fibras finas (córneas y piel).

### ***Factores Ambientales***

Martínez-Lavín García (2019) señala que un estudio clásico de dolor crónico generalizado es el de cohorte de 18,558 personas, nacidas en las islas británicas en marzo de 1958. A los 45 años de estos sujetos, el 12% aceptó tener dolor musculoesquelético generalizado y crónico. A esta edad todos ellos se habían enfrentado a diversos eventos de vida que pudieron constituirse como factores ambientales de riesgo: eventos adversos durante la niñez, limitaciones económicas, socialización inadecuada en los años escolares, obesidad, tabaquismo, inactividad física, accidentes automovilísticos, traumatismos emocionales como abuso sexual, acoso laboral, muerte de un ser querido, divorcio, así como conflictos bélicos.

### ***Factores Psicológicos***

El tipo de personalidad de los pacientes con FM se ha considerado como un factor predisponente para ésta. De acuerdo con esta teoría son más proclives a padecer fibromialgia las personas cuya personalidad posee tendencias depresivas, ansiosas o somatizadoras (Montemayor Pachur, 2016). Además, se consideran también susceptibles de padecer este síndrome aquellos individuos con una estructura rígida y perfeccionista, es decir, aquellos obsesivos en el cumplimiento de sus tareas dentro y fuera del hogar, que ejercen auto-sacrificios para atender a sus seres queridos (Martínez-Lavín García, 2012).

De acuerdo con Montemayor Pachur(2016) entre las teorías con mayor fuerza dentro de la literatura actual, se encuentran:

- Teoría relacionada con traumatismos físicos significativos
- Infecciones víricas y bacterianas
- Posible relación entre algunas vacunas

No obstante, ninguna de estas teorías es lo suficientemente sólida para considerarse como único factor predisponente de la FM.

## **Manifestaciones clínicas**

### ***Dolor***

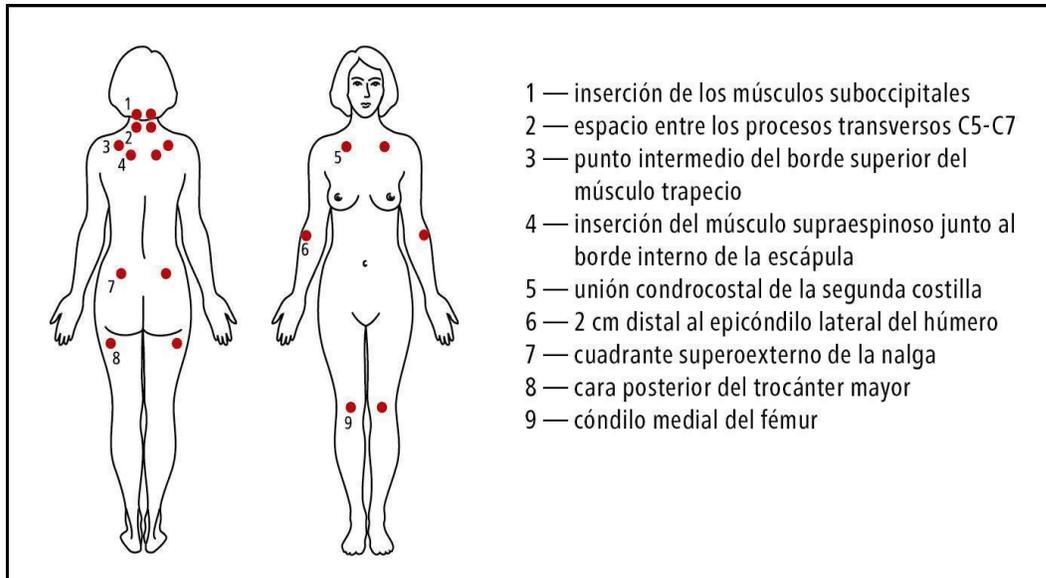
Es el síntoma más característico y el principal motivo de consulta; es diverso y se describe como quemazón, punzadas insoportables que afectan la columna vertebral y a los músculos de una manera más común que en la artritis reumatoide. El dolor suele intensificarse con la humedad, el frío, los estados de ansiedad, el estrés y el sueño no reparador (Munguía Izquierdo et al., 2007).

Según Martínez-Lavín García (2012) los pacientes con FM presentan deficiencias en el umbral mecánico (dolor que empeora con el movimiento y mejora con el reposo) y térmico (sensación detectada por la piel como nociva; indica que la temperatura está fuera de los límites aceptables) del dolor, elevadas tasas de dolor ante estímulos dañinos y alteraciones en la sumación temporal de los estímulos dolorosos.

Los pacientes con fibromialgia presentan dolor en al menos 11 de los siguientes 18 puntos denominado *tender points* o zonas hiperirritables ilustrados en la siguiente tabla:

## Figura 2

### *Puntos dolorosos en la fibromialgia*



*Nota.* Adaptado de *Puntos dolorosos en la fibromialgia* por Empendium, 1996-2020, (<https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.II.16.21.>)

De acuerdo con el ACR (2021) se ha establecido una relación entre el número de puntos dolorosos positivos a la exploración con el nivel de dolor, malestar e incapacidad, depresión, ansiedad, fatiga y alteraciones del sueño. Habitualmente las alteraciones del dolor no responden al tratamiento farmacológico.

### ***Rigidez***

De acuerdo con Martínez-Lavín García (2012), entre el 76% y el 85% de los pacientes con FM presentan una limitación en la movilidad de las articulaciones; aunque su duración es variable, por lo general esta inflamación es menor que en las enfermedades inflamatorias articulares.

### ***Fatiga***

La fatiga se presenta en más del 80% de los pacientes con FM y muestra mayor prevalencia en la población general que otras enfermedades reumáticas como la osteoartritis. La fatiga suele estar presente todo el día, pero es más intensa por las mañanas y puede incrementarse con el esfuerzo físico inadecuado.

### ***Alteraciones del Sueño***

Un sueño no reparador está presente entre 70 y 80% en la población con FM. Por lo general, las pacientes suelen describirlo como sueño no reparador, pobre, no profundo, fraccionado por múltiples despertares, etc.

Munguía Izquierdo et al. (2007) señala que los pacientes con FM presentan episodios de interrupción del sueño o *arousals*, sueño transitorio, disminución del tiempo teórico de sueño profundo y del tiempo en fases 1 y REM. Se ha referenciado mayor prevalencia de síndrome de piernas inquietas y calambres nocturnos.

### ***Trastornos psiquiátricos***

Aunque no siempre se ha confirmado, algunos estudios como el realizado en el Instituto Nacional de Cardiología en unión con el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente y la Asociación Mexicana para la Prevención de la Ceguera en México, han demostrado que algunos pacientes con SFM tienen alteraciones psicológicas generales y específicas, tales como ansiedad, estrés, antecedentes de depresión, depresión actual, trastornos de pánico, histeria e hipocondría (Secretaría de Salud, 2016).

## ***Disfunciones Cognitivas***

De acuerdo con Martínez-Lavín García (2012) los pacientes con FM, refieren frecuentemente quejas sobre el deterioro de la función cognitiva y del estado de alerta mental y se ha encontrado que el 82% de los pacientes se perciben con déficit cognitivo. Además, puede presentarse pérdida de concentración y memoria, lo que genera más molestias en la calidad de vida de los pacientes.

Quienes padecen FM mencionan tener una variedad de síntomas cognitivos tales como: problemas para concentrarse, aletargamiento mental, disminución de memoria, problemas para recordar palabras y nombres, así como la incapacidad de hacer más de una tarea en un mismo tiempo.

También se manifiestan los siguientes síntomas: constipación, dolor en la parte superior del abdomen, ansiedad, dolor en el pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad en la boca, comezón, ruido al respirar, fenómeno de Raynaud [de acuerdo con la *Arthritis Foundation National Office* (2016) el fenómeno de Raynaud consiste en episodios de cambios de color en los dedos de las manos y de los pies ante la exposición al frío o como respuesta ante el estrés emocional], ronchas, ampollas, ruido en los oídos, vómito, ardor retroesternal, úlceras orales, pérdida o cambio en la percepción de los sabores, convulsiones, ojos secos, dificultad para respirar, pérdida de apetito, erupciones, sensibilidad al sol, dificultad para escuchar, moretones fáciles, pérdida de cabello, orina frecuente, dolor al orinar, espasmos en la vejiga.

## **Síntomas Coexistentes**

A continuación se enlistan algunos de los síntomas coexistente más importantes y frecuentes que se han detectado de acuerdo con Munguía Izquierdo et al. (2007):

- **Sensación de tumefacción**

La presencia de sensación subjetiva de inflamación de las articulaciones con FM oscila entre el 50% y el 86%.

- **Parestesias**

Sensaciones anormales indoloras de carácter variable: hormigueo, picazón, sensación de ardor cutáneo y algunas veces con sensación de calor. Se ha referido la prevalencia del síndrome del túnel carpiano.

- **Malestar abdominal**

Trastornos digestivos, dolores abdominales, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea. Síntomas que de manera colectiva se conocen como síndrome del colon irritable y su prevalencia en pacientes con FM oscila entre el 61% y 83%.

- **Hipersensibilidad sensorial**

Hipersensibilidad a la luz, a los sonidos, al frío y a los olores, se presenta con frecuencia en pacientes con FM, probablemente como resultado de una hipervigilancia del sistema nervioso.

- **Cefaleas**

Se caracterizan clínicamente por la presentación repetida de ataques o crisis dolorosas y se localizan en las zonas hemicraneal, facial, incluso occipitocervical. Pueden ser de tipo tensional o difusas, desencadenadas a veces por los mismos mecanismos que el dolor difuso.

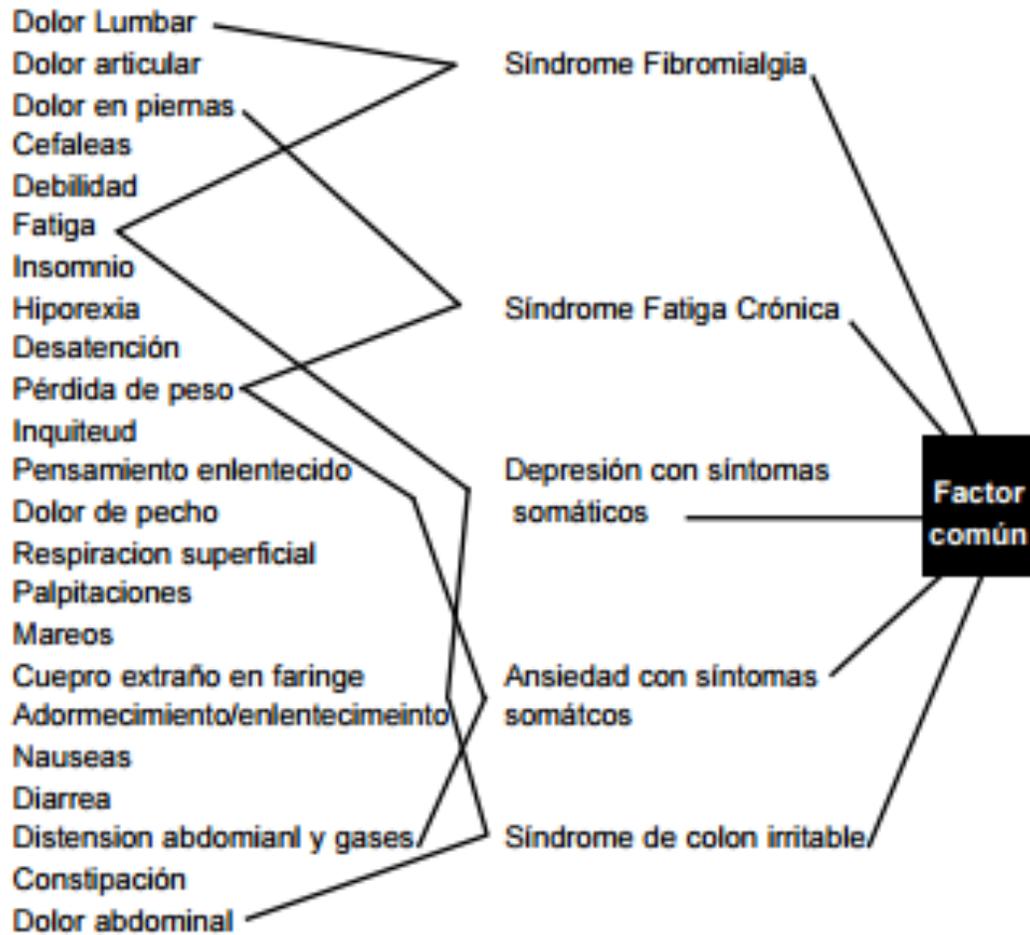
Granel (2006) señala que la mayoría de las personas que cursan con algún síndrome, vivieron un quiebre relacionado con crisis vitales como: un casamiento, nacimiento de hijos, o un duelo;

a partir de los cuales presentan síntomas que pueden constituirse como crónicos múltiples e incapacitantes, generando gran interferencia en la vida del sujeto y fatiga en el equipo de salud, lo que se suma al tiempo que han invertido en diversas citas con médicos generales y especialistas, persiguiendo una explicación para sus malestares que se les escapa continuamente de las manos, de ahí el alivio que deviene del diagnóstico, tanto para pacientes como para los galenos.

Como se observa en el siguiente cuadro, la somatización no es una identidad específica, sino un proceso con diferentes caras y grados de expresión, que en ocasiones utiliza terminología psiquiátrica y en otras etiquetas de cuadros clínicos.

**Figura 3**

*Síndromes de somatización frecuentes*



*Nota.* Adaptado de *Pacientes con síntomas somáticos no explicables* (p. 177), por Granel, 2006, *Evid. actual. pract. ambul.*, 9(6).

<https://www.fundacionmf.org.ar/files/pacientes%20somaticos.pdf>

McBeth et al. (2001) mencionan que algunos factores de riesgo que contribuyen al dolor y la fatiga en la fibromialgia involucran a las variables biológicas (edad, sexo femenino, falta de condición física, sueño poco reparador, desregulación de los mecanismos centrales de dolor y del sistema de respuesta del estrés); existe, además; una serie de variables cognitivas conductuales tales como: creencias sobre el dolor, hipervigilancia de los síntomas, diversas estrategias de afrontamiento, autoeficacia para el control del dolor; por otra parte, están las variables ambientales y socioculturales aprendidas desde la infancia.

Para estos autores los rasgos de somatización ayudan al desarrollo de un dolor crónico generalizado; señalan que los pacientes con síntomas más agudos poseen un mayor grado de estrés y tienen menos posibilidad de afrontamiento. Enfatizan que los pacientes que refieren un mayor número de puntos de hipersensibilidad narran haber vivido diversas experiencias adversas en la infancia, especialmente relacionadas con aspectos sexuales.

Si bien es importante conocer las características del SFM, también es de suma importancia conocer los distintos tratamientos que se han desarrollado al respecto, ya sea para algún síntoma en particular o para tratar diversos malestares en conjunto.

Por lo anterior es que en el siguiente capítulo se exploran algunos de esos tratamientos, desde la parte farmacológica y naturista hasta aspectos psicológicos, todo en busca de un bienestar holístico.

## CAPÍTULO 2 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS DE LA FIBROMIALGIA

Uno de los principales problemas que enfrentarán los pacientes con fibromialgia será el de obtener un diagnóstico correcto, casi siempre sólo después de visitas constantes a médicos y especialistas incapaces de dar un diagnóstico concluyente.

La mayoría de los pacientes viven un periodo de diagnóstico que va de 5 a 7 años debido a la existencia de enfermedades como el Síndrome de Fatiga Crónica [SFC] que poseen características clínicas y evolución similares a la fibromialgia; eso sin considerar la comorbilidad con problemas psicológicos tales como la depresión y ansiedad lo que conflictúa aún más el proceso de diagnóstico diferencial de la fibromialgia.

Por ello, en este capítulo se explicarán las formas mediante las cuales se logra diagnosticar el síndrome y el por qué es tan complicado ofrecer un adecuado tratamiento a sus síntomas. Dichos métodos abarcan el campo farmacológico, pero también algunas otras opciones de atención tales como: dietas, masajes, planes de ejercicio, entre otros, incluidas algunas opciones de tratamiento psicológico.

### 1.-Diagnóstico

Para diagnosticar la fibromialgia es necesario sustentarse en los criterios revisados y actualizados en 2016 por el ACR, los cuales son:

- Dolor generalizado en cualquier parte del cuerpo por al menos 3 meses
- Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos denominados puntos gatillo, *tender points* o zonas hiperirritables, señalados en el capítulo anterior
- Ausencia de alteraciones, análisis clínicos y radiológicos

Los *tender points* solamente se pueden conocer, cuando al realizar la exploración física y neurológica se ejerce presión sobre determinados puntos anatómicos con una fuerza de hasta 4 kg. Se hace una compresión en la zona hiperirritable hasta que la uña del dedo que realiza la fuerza se ponga blanca.

Se han definido 18 puntos dolorosos: músculos supraespinosos que se localizan en la zona de la clavícula; glúteos, en el cuadrante superoexterno; cresta iliaca; cervicales; segundas articulaciones condroesternales (segunda costilla); codos ambos lados; y rodillas.

Para que se pueda diagnosticar fibromialgia es necesario que al menos 11 puntos resulten positivos, aunque en la praxis se reconoce que este es un criterio epidemiológico, es decir una estandarización en el proceso de diagnóstico del síndrome, ya que detectar la presencia de 5 a 8 puntos, es suficiente para diagnosticar FM. Montemayor Pachur (2016) destaca que estos criterios tienen una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81.6%.

Además, se detecta sensación subjetiva de hinchazón en ausencia de flogosis articular (enrojecimiento y calor que caracteriza la inflamación), hiperlaxitud articular, lívedo reticular (retículo cutáneo de coloración rojo-violácea que afecta preferentemente las extremidades).

En el 2010, los criterios diagnósticos vigentes para la fibromialgia se revisaron y modificaron y sólo uno de esos criterios quedó directamente relacionado con el dolor músculo-esquelético. Estos nuevos criterios contemplan la valoración cuantitativa del dolor generalizado y manifestaciones como cansancio, sueño no reparador, síntomas cognitivos y síntomas orgánicos. Además, se generaron escalas de gravedad que facilitan la evaluación del dolor y otras manifestaciones clínicas en cada paciente, así como su evolución.

Estos nuevos criterios se conocen como "Los Nuevos Criterios Diagnósticos Preliminares Para la Fibromialgia" de la ACR (Wolfe et al., 2010). Para que un paciente se diagnostique con fibromialgia, es necesario que cumpla con las siguientes condiciones:

1. No deben existir otras causas, otras patologías que expliquen los síntomas

2. Los síntomas deben estar presentes de forma estable. Al menos tres meses de dolor generalizado con uno o más de los siguientes síntomas:
  - a. Constantes problemas de sueño
  - b. Fatiga
  - c. Problemas de memoria y pensamiento
3. Cumplir con las puntuaciones necesarias en dos escalas diferentes que se interrelacionan: Índice de dolor Generalizado (Widespread Pain Index, WPI) y Escala de Severidad de los Síntomas (Symptom Severity Scale, SSS). Ambas escalas desarrolladas en el capítulo uno:
  - a. El WPI puntúa las zonas del cuerpo donde el paciente refiere dolor, las puntuaciones van de 0-19 puntos; para que se considere fibromialgia debe puntuar igual o mayor a 7.
  - b. La SSS puntúa la severidad o intensidad de los mismos y sus puntuaciones van de 0-12, para ser considerada la puntuación debe ser igual o mayor que 5 o si la escala WPI obtuvo una puntuación entre 3 y 6, la escala SSS debe obtener igual o mayor que 9 para ser criterio de fibromialgia.

Los síntomas que considera la escala SSS son los siguientes: fatiga, despertar poco reparador y síntomas cognitivos.

Los cuales se puntúan de la siguiente forma:

- 0: sin problemas
- 1: problemas escasos, leves o intermitentes
- 2: problemas moderados o considerables. Están presentes frecuentemente o cuando aparecen, lo hacen a un nivel moderado
- 3: severos. Presentes de manera continua y generalizada

Niveles de otros síntomas somáticos asociados:

- 0: Sin síntomas
- 1: Algún síntoma
- 2: Varios síntomas
- 3: Gran cantidad de síntomas

Autores como Álvarez Morezuelas (2015) y Wolfe et al. (2010) sostienen que estos nuevos criterios se crearon como una herramienta que complementa a los primeros y busca facilitar el trabajo a los profesionales de atención primaria.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España en 2011 dio a conocer los protocolos, que diversas entidades estatales europeas recomiendan seguir para realizar un correcto diagnóstico de la fibromialgia. El diagnóstico debe seguir los siguientes pasos (Tunks et al., 2008 y Álvarez Morezuelas, 2015):

1. Anamnesis: es la búsqueda de datos de la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico. Se debe realizar una anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos: antecedentes personales y familiares de trastorno mental; sintomatología psicopatológica actual; nivel de apoyo social incluyendo las relaciones familiares y la repercusión y/o condiciones en la esfera laboral.
2. Exploración clínica: es necesario realizar una exploración física de forma sistematizada y con precisión, que permita descartar otros padecimientos, especialmente relacionados con el sistema osteoarticular y neurológico. Si la exploración de los puntos sensibles se realiza de forma correcta, se garantiza que el sistema de exploración puede replicarse de forma efectiva en cada paciente.
3. Diagnóstico diferencial: Es conveniente realizar exploraciones complementarias para descartar la coexistencia de otros procesos asociados. La solicitud de estudios

complementarios debe sustentarse en un criterio individualizado, a partir de un cuadro clínico, la exploración física y la sospecha de una enfermedad asociada.

Entre las pruebas complementarias destacamos hemograma, VSG, PCR, urea, creatinina, transaminasas, GGT, FA, CK, calcio y fósforo, TSH, ANA y FR (Castillo y Jiménez, 2011).<sup>2</sup>

Para diagnosticar a un paciente con fibromialgia, es necesario descartar previamente una serie de enfermedades con características y síntomas similares, como dolor en partes blandas, cansancio, fatiga precoz y trastornos del sueño.

---

<sup>2</sup> VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: *reacción en cadena de la polimerasa*; GGT: gamma glutamil transpeptidasa; FA: Fosfatasa Alcalina; CK: Creatina Kinasa; TSH: hormona estimulante de la tiroides; ANA: Anticuerpos antinucleares; FR: Factor reumatoide.

Entre las principales enfermedades destacan:

- *Alteraciones endocrinas*: Hiperparatiroidismo primario o secundario, osteodistrofia renal, osteomalacia, hipotiroidismo, hipoadrenalismo.
- Enfermedades *neuromusculares*: esclerosis múltiple, miastenia, neuropatías, enfermedades musculares mitocondriales.
- *Enfermedades malignas*: mieloma múltiple, metástasis óseas.
- Síndrome *serotoninérgico*: condición clínica asociada al uso de medicamentos que promueven la neurotransmisión serotoninérgica. El conjunto de manifestaciones mentales, autonómicas y neuromusculares, resulta de una sobreestimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos (Young et al., 2008).
- *Enfermedades autoinmunitarias*: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, artropatías psoriásicas, espondilitis anquilosante, polimiositis, polimialgia reumática.
- *Enfermedades musculares*: miopatías inflamatorias, miopatías de causa metabólica.
- *Enfermedades infecciosas*: enfermedad de Lyme, síndrome postviral (VEB, Virus de Epstein Barr; VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana).
- *Enfermedades psiquiátricas*: síndrome depresivo, trastorno por somatización.

Para realizar un correcto diagnóstico diferencial, es necesario dar información adecuada y ofrecer apoyo, además de averiguar sus limitaciones, así como la percepción de los síntomas y su evolución (Castillo y Jiménez, 2011).

En nuestro sistema médico, tecnológicamente avanzado, muchos médicos y pacientes dan un gran valor a las <<pruebas>>. Entre éstas están los análisis de sangre, las radiografías, el TAC o la RMN. Sin embargo, las pruebas, por sí solas, raramente sirven para efectuar un diagnóstico. Los análisis de sangre o las

técnicas sensibles, como la RMN, son más útiles cuando confirman el juicio clínico realizado por el médico.

Cuanta más incertidumbre existe en torno a una enfermedad, más pruebas se ordenan hacer. A los médicos les preocupa pasar algo por alto. Los pacientes insisten en someterse a más exámenes para averiguar cuál es su problema. Millones de personas que padecen dolencias frecuentes, aunque todavía poco conocidas, como sucede con la fibromialgia, son objeto de una investigación excesiva y víctimas de un mal diagnóstico y de un sobretratamiento (Goldenberg, 2003, pp.37 y 38).

No hay prueba específica que ayude a determinar el diagnóstico de fibromialgia. También se suele buscar información asociada a los hábitos alimenticios de las pacientes, si es que realizan o no ejercicio, sobre su ambiente familiar y laboral. Este diagnóstico no excluye que haya otras enfermedades asociadas (Martínez-Lavín García, 2012).

## **2.- Comorbilidad**

Una de las complicaciones que puede tener el paciente con fibromialgia, es la presencia de dos o más afecciones crónicas del dolor al mismo tiempo. Algunas de ellas son fatiga crónica, endometriosis, la enfermedad inflamatoria del intestino, la cistitis intersticial, la disfunción de la articulación temporomandibular y la vulvodinia (dolor en vulva).

La fibromialgia se diagnostica más frecuentemente en individuos que padecen ciertas enfermedades como:

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico (comúnmente llamado lupus)
- Espondilitis anquilosante (artritis espinal)

**Tabla 4**

*Prevalencia de fibromialgia en enfermedades crónicas con patología estructural*

Enfermedad crónica	% Prevalencia de fibromialgia
Artritis Reumatoide	15.4
Lupus Eritematoso	16.2
Espondilitis Anquilosante	30.04
Osteoartritis	11
Diabetes Mellitus	17.5
Endometriosis	5.9
Hipotiroidismo	34
Enfermedad de Crohn	26
Colitis Ulcerativa	11.4

*Nota.* Adaptado de *Prevalencia de fibromialgia en mujeres pre y posmenopáusicas* (p. 6), por Villalobos, 2013, Universidad Nacional Autónoma de México.

(<http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698429/Index.html>)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. del Servicio de Salud Pública (2014), las mujeres que tienen a un familiar con fibromialgia tienen mayor predisposición a padecer de fibromialgia también.

Belenguer et al. (2015) refieren que la fibromialgia puede presentar comorbilidad con problemas psicológicos, como depresión y ansiedad. Las personas con fibromialgia tienen los siguientes factores de riesgo: una calidad del sueño pobre, obesidad, inactividad física y baja satisfacción laboral.

Se puede presentar como problema de salud único (primaria) o asociado a otras (concomitante o secundaria) como artritis reumatoide, osteoartritis, entre otras (Klippel, 2000, como se citó en Colmenares Roa, 2013).

Otra de las complicaciones, ante las que se enfrentan las pacientes con fibromialgia, es que ésta suele incluirse en el síndrome sensitivo central o disfuncional, que también abarca al

SFC, cuyas características clínicas, predominio, evolución y tratamiento son similares. En estas enfermedades existe una hiperexcitación anormal del sistema nervioso central, comprobada a través de estudios de neuroimagenología y marcadores bioquímicos (Márquez López Mato, 2011). A continuación, se presenta una tabla comparativa de la prevalencia entre la fibromialgia y algunos otros síndromes de sensibilidad central.

**Tabla 5**

*Prevalencia de fibromialgia y otros síndromes de sensibilidad central*

<b>Síndrome de sensibilidad central</b>	<b>% de prevalencia de fibromialgia</b>
Síndrome de intestino irritable	40.7
Trastorno temporomandibular	23.7
Cefaleas (todas)	26.3
Cefalea Tensional	29.7
Migraña	16
Mixta	38.2
Cistitis Intersticial	15.4
Síndrome de Fatiga Crónica	55.2
Síndrome Vulvo Vestibular	23.4

*Nota.* Adaptado de *Prevalencia de fibromialgia en mujeres pre y posmenopáusicas* (p. 6), por Villalobos, 2013, Universidad Nacional Autónoma de México.

(<http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698429/Index.html>)

### **3.- Tratamientos utilizados en la Fibromialgia**

Hasta el momento no se ha logrado crear un tratamiento definitivo ni efectivo a largo plazo para la FM; por ahora solo se ha alcanzado a disminuir los síntomas con la intención de mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y el bienestar psicológico de los pacientes, tratando de incrementar su capacidad de afrontamiento ante la enfermedad; sin embargo, todos estos esfuerzos son de manera paliativa

#### **Tratamientos farmacológicos**

El tratamiento para estos pacientes debe dirigirse hacia dos objetivos: el control del dolor y el control de otros síntomas. El tratamiento analgésico pretende disminuir el dolor generalizado,

especialmente los dolores axiales y de las contracturas musculares dolorosas, localizadas y frecuentes.

Los pacientes que cursan dolor miofascial (dolor localizado en un músculo o en un grupo muscular, identificable a la palpación) pueden sufrir dolores articulares, neuropáticos y/o viscerales, por lo que es importante medicarlos y atenderlos, de acuerdo con el origen del dolor (Castillo y Jiménez, 2011).

### **Antidepresivos**

Los antidepresivos que actualmente se utilizan en el tratamiento clínico de la depresión incrementan de manera rápida la disponibilidad de monoaminas como noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT) en el espacio sináptico (Elhwuegi, 2004). Los primeros tratamientos antidepresivos se descubrieron por entera casualidad al observar que algunos fármacos que se empleaban para indicaciones diferentes a la depresión mejoraban el estado de ánimo de los pacientes.

Los antidepresivos de los que actualmente se disponen pueden dividirse de acuerdo con su mecanismo de acción en: inhibidores de recaptura de monoaminas [antidepresivos tricíclicos (ATC), antagonistas de los receptores de monoaminas, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y antidepresivos heterocíclicos atípicos (AH)]; inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO), inhibidores de la noradrenalina, agonistas receptores de la melatonina, terapia electroconvulsiva (TEC) (Rang et al., 2016).

### **Antidepresivos tricíclicos (ATC)**

La amitriptilina se indica para el control de los síntomas dolorosos y del sueño en pacientes con FM, aunque las dosis usadas son muy bajas (10 a 25 mg) y los efectos terapéuticos excesivamente tempranos para atribuirlos a un claro efecto antidepresivo, y suelen disminuir con el tiempo. Lo anterior se señala en investigaciones realizadas (tabla 6), donde si bien la

amitriptilina es un fármaco de primera línea no cuenta con la suficiente evidencia científica de sus beneficios.

Los antidepresivos tricíclicos actúan principalmente sobre el sueño y el dolor, disminuyendo el umbral doloroso. Aunque dan resultado en el 30% de los casos, su eficacia es moderada y sobre todo limitada en el tiempo (Pros Casas, 2006).

Ciclobenzaprina (10 mg al día), se trata de un fármaco perteneciente a la familia de los relajantes musculares, con una estructura similar a los ATC, además se ha demostrado que posee cierta eficacia en el alivio del dolor.

**Tabla 6**

*Estudio: Efectos Amitriptilina en FM*

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Moore et al. (2015)  <b>Tema</b>                      Amitriptilina para la FM</p> <p><b>Diseño</b>                      Revisión Sistemática [RS]</p> <p><b>Patrocinador</b>                      No</p> <p><b>AMSTAR</b>                      11/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b>                      Marzo 2015</p> <p><b>Bases de datos</b>                      CENTRAL, MEDLINE y EMBASE</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b>                      9 ECAs (2 cruzados)</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b>                      Amitriptilina vs placebo u otra intervención activa.                      Dosis: 25-50 mg                      Duración: 6-24 semanas</p>	<p><b>Criterios inclusión</b>                      ECA                      Duración &gt;4 semanas                      Amitriptilina vs placebo u otra intervención activa</p> <p><b>Criterios de exclusión</b>                      NR</p> <p><b>Pacientes (n)</b>                      649</p> <p><b>Edad</b>                      No hay datos                      626/33</p> <p><b>Sexo (M/H)</b></p>	<p><b>Medidas de efecto</b>                      Dolor (4 estudios con 275 pacientes):                      La proporción de pacientes tratados con amitriptilina con alivio del dolor &gt;50% fue del 36% (56/157, rango 22% a 58%) y del 11% con placebo (13/118, rango 0% a 19%) (RR 2,9; IC95% 1.7 a 4.9) (NNT 4,1; IC95% 2,9 a 6.7) (muy baja calidad de la evidencia).                      No hubo diferencias entre amitriptilina vs placebo en el alivio de la fatiga, calidad de vida, puntos dolorosos ni en la mejoría del sueño.                      Amitriptilina no fue mejor que ciclobenzaprina, fluoxetina, panax ginseng o melatonina.                      Efectos adversos: 78% con amitriptilina vs 47 % con placebo (RR 1,5; IC95% 1,3 a 1,8) (NNH 3,3; IC95%2,5 a 4,9).</p>	<p>“Amitriptyline has been a firstline treatment for fibromyalgia for many years. The fact that there is no supportive unbiased evidence for a beneficial effect is disappointing, but has to be balanced against years of successful treatment in many patients with fibromyalgia. There is no good evidence of a lack of effect; rather our concern should be of overestimation of treatment effect. Amitriptyline will be one option in the treatment of fibromyalgia, while recognising that only a minority of patients will achieve satisfactory pain relief.”</p> <p>“La amitriptilina ha sido un tratamiento de primera línea para la fibromialgia durante muchos años. El hecho de que no exista evidencia objetiva de apoyo para un efecto beneficioso es decepcionante,</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
				pero debe sopesarse con años de tratamiento exitoso en muchos pacientes con fibromialgia.No hay buena evidencia de una falta de efecto; más bien, nuestra preocupación debería ser la sobreestimación del efecto del tratamiento. La amitriptilina será una opción en el tratamiento de la fibromialgia, aunque reconoce que sólo una minoría de pacientes logrará un alivio satisfactorio del dolor.

*Nota.* NNH: Número necesario a dañar. NNT: Número necesario a tratar. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 9), por Moore et al., 2015, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

## **Antagonistas de los Receptores de Monoaminas**

Dentro de los antagonistas de los receptores de monoaminas se encuentran: mirtazapina, trazodona y la mianserina, que como efectos adversos podrían generar: aumento de peso, sequedad de boca, sedación, hipotensión, arritmias cardíacas y anemia aplásica. Se consideran de acción más rápida que los demás antidepresivos (Rang et al., 2016).

## **Inhibidores Dobles de Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRNS)**

El tratamiento de una depresión asociada requiere la prescripción de dosis más altas. Los antidepresivos más recientes, llamados <<serotoninérgicos>> (del tipo del Prozac) se encuentran actualmente en proceso de evaluación.

Aunque otros fármacos de este grupo como doxepina (25-50 mg/día), clorimipramina (25-75 mg/día), maprotilina (25-75 mg/día) pueden también ser eficaces por su similar mecanismo de acción, no existen estudios controlados suficientes que lo indiquen, pero la experiencia en grupos de pacientes con dolor crónico apoya la utilización de estos fármacos cuando la amitriptilina no es bien tolerada por sus efectos secundarios.

Por otra parte, los inhibidores dobles de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRNS), como venlafaxina (75-375 mg/día) están teniendo resultados controvertidos en el alivio del dolor, probablemente relacionado con las dosis utilizadas ya que su efecto dual sobre los dos neurotransmisores lo consigue a dosis elevadas (superiores a 225 mg/día), aunque todavía hay pocos ensayos al respecto (Pros Casas, 2006). Se sabe que la venlafaxina ayuda en los síntomas de dolor y discapacidad asociados a la fibromialgia de forma independiente a sus propiedades como ansiolítico y antidepresivo, ya que bloquea la recaptura de serotonina y norepinefrina y eso podría ser más efectivo que sólo bloquear estos neurotransmisores (Gallager et al., 2015).

Los inhibidores de la recaptación de noradrenalina son: bupropión, reboxetina y atomoxetina, por ejemplo; como efectos adversos pueden generar cefalea, sequedad de boca, agitación,

insomnio, mareos y efectos anticolinérgicos. Se utilizan para tratar la depresión asociada a la ansiedad (Rang et al., 2016). A continuación, en la tabla 7, se muestran los alcances que logra la medicación con milnacipran, antidepresivo IRNS, utilizado en la fibromialgia; mientras que en la tabla 8 se destacan los beneficios de otros inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina en FM. A su vez, la tabla 9 se centra en la funcionalidad de la venlafaxina, otro antidepresivo IRNS.

**Tabla 7**

*Estudio: Efectos Milnacipran en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
Cording et al. (2015)  <b>Tema</b> Milnacipran para el dolor en FM  <b>Diseño</b> RS  <b>Patrocinador</b> Ninguno  <b>AMSTAR</b> 11/11	<b>Fecha de búsqueda</b> Mayo 2015  <b>Bases de datos</b> CENTRAL, MEDLINE y EMBASE  <b>Nº de estudios incluidos</b> 6 ECAs  <b>Intervenciones evaluadas</b> Milnacipran vs placebo u otra intervención activa  Dosis: 100-200 mg Duración: 8-12 semanas	<b>Criterios de inclusión</b> ECA Duración >8 semanas Milnacipran vs placebo u otra intervención activa Criterios FM 1990, 2010  <b>Criterios de exclusión</b> No hay datos  <b>Pacientes (n)</b> 4238 <b>Edad</b> 47-50 años	<b>Medidas del efecto:</b> Ambas dosis mejoraron el nivel del dolor (al menos 30% de reducción) en el 40% de los participantes tratados con milnacipran comparado con 30% con placebo (NNT 6 a 10; alta calidad evidencia). Usando una definición más estricta de respuesta y un método de análisis más conservador, la tasa de respondedores fue más baja	“The evidence available indicates that milnacipran 100 mg or 200 mg is effective for a minority in the treatment of pain due to fibromyalgia, providing moderate levels of pain relief (at least 30%) to about 40% of participants, compared with about 30% with placebo. There were insufficient data to assess substantial levels of pain relief (at least 50%), and the use of last observation carried forward imputation may overestimate drug efficacy. Using stricter criteria for ‘responder’ and a more conservative method of analysis gave lower response rates (about 26% with milnacipran versus 17% with placebo).

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
		<p><b>Sexo</b> 92-97% mujeres</p>	<p>(aunque se mantenía una diferencia del 10% entre milnacipran y placebo) y el NNT más alto de 11 (alta calidad de evidencia).  Efectos adversos en 86% con milnacipran vs 78% con placebo (alta calidad evidencia).  Nauseas, constipación y cefaleas los más frecuentes.</p>	<p>Milnacipran was associated with increased adverse events and adverse event withdrawals, which were significantly greater for the higher dose.”  “La evidencia disponible indica que milnacipran 100 mg o 200 mg es eficaz para una minoría en el tratamiento del dolor debido a la fibromialgia, proporcionando niveles moderados de alivio del dolor (al menos 30%) hasta aproximadamente el 40% de participantes, en comparación con aproximadamente el 30% con placebo. No hubo datos suficientes para evaluar niveles relevantes de alivio del dolor (al menos 50%), y en la última observación se concretó que se puede sobreestimar la eficacia de la droga. El uso de criterios más estrictos para “respuesta” y un método más conservador de análisis arrojó tasas de respuesta menores (alrededor del 26% con milnacipran frente al 17% con placebo).</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
				Se asoció Milnacipran con un incremento de eventos adversos y retiros de eventos adversos, que fueron significativamente mayores para la dosis más alta”.

*Nota.* NNT: Número necesario a tratar. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 7), por Cording et al., 2015, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

**Tabla 8**

*Estudio: Efectos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina en FM*

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Häuser et al. (2013)</p> <p><b>Tema</b> Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS Cochrane</p> <p><b>Patrocinador</b> No <b>AMSTAR</b> 11/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Septiembre 2012</p> <p><b>Bases de datos</b> CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, www.clinicalstudyresults.org, U.S.-marketed pharmaceuticals), <a href="http://www.clinicaltrials.gov">www.clinicaltrials.gov</a></p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 10 (5 ECA duloxetine vs placebo y 5 ECA milnacipran vs placebo)</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> SNRIs vs placebo u otro fármaco activo.</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA Criterios de FM: - Smythe 1981 -Wolfe 1990 -Wolfe 2010 -Wolfe 2011a -Yunus 1981 -Yunus 1982 -Yunus 1984</p> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <p><b>Pacientes (n)</b> 6.038</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>Los estudios son de bajo riesgo de sesgo en general. Duloxetina y milnacipran reducen el dolor comparado con placebo (efecto pequeño) (SMD -0,23; IC 95% -0,29 to -0,18; mejoría relativa de 6,1%). 192/1.000 pacientes con placebo mejoraron al menos 50% del dolor comparado con 280/1.000 con SNRIs (RR 1,49; IC95% 1,35 a 1,64; NNT 11, IC95% 9 a 15). Duloxetina y milnacipran no redujeron de forma sustancial la fatiga (SMD -0,14; IC 95% -0,19 a -0,08; una mejoría relativa de 2,5%, NNT 17, IC 95% 12 a 29). Duloxetina y milnacipran no mejoraron de forma sustancial la calidad de vida (SMD -0,20; IC 95% -0,25 a -0,14; mejoría relativa de 4,6%; NNT 12, 95% CI 9 a 17) comparado con</p>	<p>“The SNRIs duloxetine and milnacipran provided a small incremental benefit over placebo in reducing pain. The superiority of duloxetine and milnacipran over placebo in reducing fatigue and limitations of QOL was not substantial. Duloxetine and milnacipran were not superior to placebo in reducing sleep problems. The dropout rates due to adverse events were higher for duloxetine and milnacipran than for placebo. The most frequently reported symptoms leading to stopping medication were nausea, dry mouth, constipation, headache, somnolence/dizziness and insomnia. Rare complications of both drugs may include suicidality, liver damage, abnormal bleeding, elevated blood pressure and urinary hesitation”.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			<p>placebo. No hubo diferencias en el sueño (SMD -0,07; 95% CI - 0,16 a 0,03). 107/1.000 pacientes del grupo placebo abandonaron por efectos adversos vs 196/1.000 del grupo SNRIs (RR 1,83, IC 95% 1,53 a 2,18; NNH 11, IC95% 9 a 13). No hubo diferencias entre duloxetina y milnacipran vs placebo en los efectos adversos graves (RR 0,78, IC 95% 0,55 a 1,12).</p>	<p>“Los IRSN duloxetina y milnaciprán proporcionaron un pequeño beneficio incremental sobre el placebo en la reducción del dolor. La superioridad de la duloxetina y el milnaciprán sobre el placebo para reducir la fatiga y las limitaciones de la calidad de vida no fue sustancial. La duloxetina y el milnaciprán no fueron superiores al placebo para reducir los problemas del sueño. Las tasas de abandono debido a eventos adversos fueron más altas para la duloxetina y el milnaciprán que para el placebo. Los síntomas notificados con mayor frecuencia que llevaron a suspender la medicación fueron náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, dolor de cabeza, somnolencia / mareos e insomnio. Las complicaciones raras de ambos</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
				medicamentos pueden incluir tendencias suicidas, daño hepático, sangrado anormal, presión arterial elevada y dificultad para orinar".

*Nota.* DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza. NNT: Número necesario a tratar.

RR: Riesgo relativo. SMD: Standardised Mean Difference NNH: Número necesario a dañar.

SNRI: inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina

NNH: Número necesario a dañar. DM: Diferencia media. IC: Intervalo de confianza.

RR: Riesgo relativo. SMD: Standardised Mean Difference. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 12), por Häuser et al., 2013, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

**Tabla 9**

*Estudio: Efectos Venlafaxina en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>VanderWeide et al. (2015)</p> <p><b>Tema</b> Venlafaxina en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> No hay datos</p> <p><b>AMSTAR</b> 3/10</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Junio 2014</p> <p><b>Bases de datos</b> PubMed, Web of Science, CDSR</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 5 ECA (4 en diseño abierto, 1 ECA vs placebo) en 238 pacientes</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Venlafaxina</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> Estudios primarios sin restricción por el diseño FM</p> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <p><b>Pacientes (n)</b> 238</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p><b>Medidas de efecto</b> 4/5 estudios mostraron una mejoría con Venlafaxina en, al menos, una medida de resultado: FIQ (reducción de la puntuación en el rango 26–29%; 2 estudios) VAS dolor (reducción en el rango 36–45%; 2 estudios) McGill Pain Questionnaire (reducción del 48%; 1 estudio) Clinical Global Impression scale (cambio significativo del 51%; 1 estudio). Estudios con pocos pacientes, uso inconsistente de medidas de resultado, problemas metodológicos (diseño abierto) y falta de información detallada acerca de los métodos.</p>	<p>En el contexto de una evidencia disponible limitada, venlafaxina parece ser moderadamente efectivo para el tratamiento de la FM. La mayoría de los estudios identificados mostraron algún beneficio y buena tolerabilidad. Por su bajo coste, puede ser una alternativa a otros antidepresivos más caros. Se necesitan más estudios bien diseñados.</p>

*Nota.* FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire      VAS: Visual Analogue Scale. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 16), por VanderWeide et al., 2015, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

También se recetan combinaciones de antidepresivos como la amitriptilina a dosis bajas nocturnas combinada con duloxetina o fluoxetina por la mañana, estos medicamentos muestran resultados similares a los tricíclicos y superiores al uso de ISRS (Parc de Salut, 2006-2022).

### **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)**

Cuando con amitriptilina no se consigue controlar el dolor, algunos antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), como fluoxetina (20-40 mg/día) parecen aumentar el efecto analgésico de los ATC utilizados conjuntamente.

Sin embargo, los ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram) no han demostrado efectividad cuando se utilizan como único fármaco (Castillo y Jiménez, 2011), lo anterior se puede observar en la tabla 10 que señala las limitaciones de los ISRS.

**Tabla 10**

*Estudio: Efectos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina*

*en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Walitt et al. (2015)</p> <p><b>Tema</b> Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina</p> <p><b>Diseño</b> RS Cochrane</p> <p><b>Patrocinador</b> No hay</p> <p><b>AMSTAR</b> 11/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Junio 2014</p> <p><b>Bases de datos</b> CENTRAL, MEDLINE y EMBASE</p> <p>citalopram, 3 fluoxetina, 2 paroxetina)</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 7 ECA (2)</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> FM ECA</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 383</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>Todos los estudios presentaban riesgo de sesgo. Hubo una pequeña diferencia en el porcentaje de pacientes que mostraron una reducción del 30% del dolor con SSRI (56/172, 32,6%) vs placebo (39/171, 22,8%):</p>	<p>“There is no unbiased evidence that SSRIs are superior to placebo in treating the key symptoms of fibromyalgia, namely pain, fatigue and sleep problems. SSRIs might be considered for treating depression in people with fibromialgia.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	<p><b>Intervenciones evaluadas</b> Inhibidores de la recaptación de serotonina vs placebo, control u otra intervención.</p>		<p>Diferencia de Riesgo 10% (IC 95% 1% a 20%; NNT 10, IC95% 5 a 100). Un mayor número de pacientes reportaron una mejoría global (50/168, 29,8%) con SSRI vs placebo (26/162, 16,0%): Diferencia de Riesgo 14% (IC95% 6% a 23%; NNT 7, IC95% 4 a 17). No hubo diferencias en cuanto a la fatiga y problemas del sueño. SSRI fue superior al placebo en reducir los síntomas de depresión: SMD -0,39, IC95% -0,65 a -0,14; 7,6% de mejoría absoluta en una escala de 0 a 10, IC95% 2,7% a 13,8%; NNT 13, IC95% 7 a 37. La tasa de abandonos no fue diferente con SSRI (23/146, 15,8%) vs placebo (14/138, 10,1%): Diferencia de Riesgo 4%</p>	<p>The black box warning for increased suicidal tendency in young adults aged 18 to 24, with major depressive disorder, who have taken SSRIs, should be considered when appropriate.”</p> <p>“No hay evidencia objetiva de que los ISRS sean superiores al placebo en el tratamiento de los síntomas clave de la fibromialgia, es decir, el dolor, la fatiga y los problemas del sueño. Los ISRS podrían ser considerados para tratar la depresión en personas con fibromialgia. La advertencia de recuadro negro para una tendencia mayor suicida debe ser considerada, cuando sea apropiado, en adultos jóvenes de 18 a 24 años con trastorno depresivo mayor que hayan tomado ISRS”.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			(IC 95% -6% a 14%). No hubo diferencias en el riesgo de efectos adversos graves entre SSRI (3/84, 3,6%) y placebo (4/84, 4,8%): Diferencia de Riesgo -1% (IC95% -7% a 5%).	

*Nota.* SSRI: Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina IC: Intervalo de confianza.

NNT: Número necesario a tratar. SMD: Standardised Mean Difference. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 17), por Walitt et al., 2015, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

### **Agonistas Receptores de Melatonina**

Los agonistas receptores de la melatonina se unen al receptor de ésta y lo activan. Se usan para el tratamiento de trastornos del sueño y la depresión. Entre estos fármacos se encuentra la agomelatina y como efectos secundarios puede generar: cefalea, mareo, somnolencia, fatiga, alteraciones del sueño, ansiedad, náuseas, trastornos digestivos, sudoración y es importante no combinarla con etanol (Rang et al., 2016).

### **Antiinflamatorios y analgésicos**

Se ha demostrado una efectividad moderada con tramadol, fármaco con débil acción agonista sobre receptores opiáceos, al mismo tiempo que inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina. La dosis a emplear oscila entre 50 y 400 mg diarios, aconsejando que se empleen pequeñas dosis al inicio del tratamiento e ir aumentando progresivamente hasta conseguir beneficio. Sin embargo, los opioides no son efectivos y, por tanto, no están indicados en el tratamiento de la FM.

No se puede olvidar el gran valor analgésico de estos fármacos (fentanilo, oxicodona, morfina, metadona, buprenorfina) en el tratamiento del dolor por exceso de nocicepción que a veces está presente en pacientes con FM en determinadas regiones y se debería tener en cuenta su utilización en situaciones especiales.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son poco efectivos, pero el paracetamol e ibuprofeno son los que mejor tolerancia tienen por presentar menor toxicidad. Las dosis oscilan entre 1-4 g/día para el paracetamol y 1.2 y 2.4 g/día para el ibuprofeno. Deben utilizarse sólo cuando el dolor tiene origen osteoarticular y durante cortos períodos de tiempo.

El resto de AINEs no ha demostrado beneficio y debe evitarse su uso crónico. Aunque se han tenido algunas experiencias positivas con otros fármacos, no hay suficientes estudios sobre su utilidad y deben considerarse sus inconvenientes antes de ser prescritos (Castillo y Jiménez, 2011).

## Antagonistas de los receptores 5HT3 (Tropisetron, Ondansetron y Ritanserina)

En el caso de estos medicamentos se observaron mejoras en pacientes con dosis menores a los 5 mg vía IV, pero su efectividad clínica es controvertida (Castillo y Jiménez, 2011). Estos medicamentos se utilizan para aliviar náuseas y vómitos, así como colon irritable.

### Otras sustancias

-Pregabalina medicamento anticonvulsivo, antiepiléptico y analgésico usado en el tratamiento del dolor neuropático, podría aliviar el dolor. Según algunos estudios debería utilizarse a dosis de 450 mg/día (Castillo y Jiménez, 2011). Revisar tabla 11.

**Tabla 11**

*Estudio: Efectos Anticonvulsivantes en FM*

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Üçeyler et al. (2013)  <b>Tema</b>                      Anticonvulsivantes en FM  <b>Diseño</b> RS                      Cochrane  <b>Patrocinador</b>                      No  <b>AMSTAR</b>                      11/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b>                      Agosto 2013  <b>Bases de datos</b>                      CENTRAL,                      MEDLINE,                      PsycINFO,                      SCOPUS,  <a href="http://www.clinicaltrials.gov">www.clinicaltrials.gov</a>  <b>N de estudios incluidos</b>                      8 (5 ECA con pregabalina, 1 con gabapentina, 1 con lacosamida, 1 con levetiracetam)</p>	<p><b>Criterios inclusión</b>                      ECA                      Adultos                      Criterios de FM - Häuser 2010a - Wolfe 1990 -</p>	<p><b>Medidas de efecto</b>                      La revisión sólo se centra en los resultados de pregabalina (5 ECA con bajo riesgo de sesgo). Pregabalina mejoró el dolor (mejoría &gt;50%) vs placebo (RR 1,59; IC 95% 1,33 a 1,90; NNT 12, IC95% 9 a 21). Pregabalina no mejoró de forma sustancial la fatiga. (SMD -0,17; IC95% -0,25 a -0.09; una mejoría absoluta de 2,7% en una escala de 1 a 50) vs placebo. Hubo un pequeño beneficio sobre el sueño vs placebo</p>	<p>“Pregabalin, demonstrated a small benefit over placebo in reducing pain and sleep problems. Pregabalin use was shown not to substantially reduce fatigue compared with placebo. Study dropout rates due to adverse events were higher with pregabalin use compared with placebo. Dizziness was a particularly frequent adverse event seen with pregabalin use. At the time of writing this review, pregabalin is the only anticonvulsant drug approved for treating</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	Intervenciones evaluadas Pregabalina, gabapentina, lacosamida, levetiracetam vs placebo u otro fármaco activo	<p>Wolfe 2010 - Wolfe 2011a</p> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <p><b>Pacientes (n)</b> 2.480 con anticonvulsivantes y 1.099 placebo</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>(mejoría del 6,2%) en la puntuación de una escala de 0 to 100 (SMD -0,35; IC95% -0,43 a -0,27). La tasa de abandonos fue mayor con pregabalina vs placebo (RR 1,68; IC95% 1,36 a 2,07; NNH 13; IC95% 9 a 23). No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a los efectos adversos graves (RR 1,03; IC95% 0,71 a 1,49). Los efecto adverso más frecuente fueron los mareos (RR 3,77; IC95% 3,06 a 4,63; NNH 4, IC95% 3 a 5).</p>	<p>FM in the US and in 25 other non-European countries. However, pregabalin has not been approved for treating FM in Europe. The amount and quality of evidence were insufficient to draw definite conclusions on the efficacy and safety of gabapentin, lacosamide and levetiracetam in FM.”</p> <p>“La pregabalina demostró un pequeño beneficio sobre el placebo para reducir el dolor y los problemas de sueño. Se demostró que el uso de pregabalina no reduce sustancialmente la fatiga en comparación con el placebo. Las tasas de abandono del estudio debido a eventos adversos fueron más altas con el uso de pregabalina en comparación con el placebo. El mareo fue un evento adverso particularmente frecuente observado con el uso de pregabalina. En el momento de redactar esta revisión, la pregabalina es el</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
				<p>único fármaco anticonvulsivo aprobado para el tratamiento de la FM en los EUA y en otros 25 países no europeos. Sin embargo, la pregabalina no ha sido aprobada para el tratamiento de la FM en Europa. La cantidad y la calidad de la evidencia fueron insuficientes para sacar conclusiones definitivas sobre la eficacia y seguridad de gabapentina, lacosamida y levetiracetam en la FM ".</p>

*Nota.* Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 13), por Üçeyler et al., 2013, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

-Dextrometorfano, de la familia de los antagonistas del (NMDA) por vía oral a dosis de 90 mg/día asociado a tramadol parece aumentar el efecto analgésico.

-Oxibato sódico, benéfico en la disminución del dolor, fatiga global y aumento en la calidad del sueño (Castillo y Jiménez, 2011).

Como se ha podido observar a lo largo del presente apartado, la mayoría de los tratamientos farmacológicos que se utilizan en pacientes con fibromialgia, lo que pretenden es disminuir el dolor, en algunos casos mejorar el sueño; pero en ninguno de estos tratamientos se observa una posibilidad de cura a la fibromialgia como tal, es decir, en absolutamente todos los casos son tratamientos paliativos.

Además de los fármacos utilizados en el tratamiento de la fibromialgia es importante resaltar la existencia de tratamientos alternativos, tales como: quiropraxia, masajes, campos electromagnéticos, dietas, ozonoterapia, acupuntura y homeopatía (Munguía Izquierdo et al., 2007).

### **Tratamientos alternativos (no médicos)**

Se puede entender como terapias no convencionales a aquellas prácticas que no cumplen con todos los estándares médicos. De acuerdo con González Madrid (2005) el término alternativo significa “otro”. Se emplea para hablar de todas aquellas técnicas terapéuticas que hasta hace poco no se instruían en colegios médicos, y que se constituyen como una contraposición a la Medicina Ortodoxa (MO), también llamada medicina científica.

En países como Alemania, Suiza y Australia la medicina natural (Naturalheilkunde) goza de gran aceptación. En 1992 el gobierno alemán creó en la clínica universitaria de Berlín un departamento de investigación para documentar al menos 250 prácticas de medicina natural. A su vez en Holanda a principios de los años 80 el gobierno fundó una comisión para incrementar la aceptación de las técnicas alternativas. En Inglaterra, la Medicina Complementaria como homeopatía, acupuntura, iridología, reflexología, yoga, es ampliamente utilizada por la población: 74% de la población adulta acude por alguno de estos tratamientos al Servicio Nacional de Salud. En 1993 la Universidad de Exeter creó la primera cátedra de Medicina Complementaria en el mundo, y el Centro Para el Estudio de Salud Complementaria (Jiliberto Serrano y Verano de la Torre, 2016).

**Tabla 12**

*Estudio: Efectos Homeopatía en la FM*

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Boehm et al.(2014)</p> <p><b>Tema</b> Homeopatía en la FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> Ninguno</p> <p><b>AMSTAR</b> 9/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Febrero 2013</p> <p><b>Bases de datos</b> Medline, Cochrane Register of Controlled Trials, Embase, AMED, PsycInfo, CAMbase</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 18 estudios: 10 case-reports 3 estudios observacionales 1 ECC 4 ECA</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Tratamiento homeopático vs control u otro tratamiento</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA – ECC - series FM Cualquier edad</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 163</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>La RS comenta de forma narrativa los resultados de cada uno de los estudios, y realiza un meta-análisis con 6 estudios (incluye los 4 ECA). En el metanálisis, la homeopatía vs placebo mejoró:</p> <p><b>-Puntos dolorosos</b> (3 ECA; DMS -0,42; IC95% -0,78 a -0,05; P = 0,03) DS</p> <p><b>-Dolor (VAS)</b> (3 ECA; DMS -0,54; IC95% -0,97 a -0,10; P = 0,02) DS</p> <p><b>-Fatiga (FIQ)</b> (2 ECA; DMS -0,47; IC95% -0,90 a -0,05; P = 0,03) DS</p> <p>-No hubo diferencias entre los grupos en el dolor medido con la <b>escala McGill</b> (subescalas de dolor sensorial o afectivo) (2 ECA) o en la <b>depresión</b> (2 ECA). NS</p> <p>En un análisis de subgrupo, cuando sólo se analizaron los estudios que usaron homeopatía individualizada, el efecto sobre la</p>	<p>Debido a los pocos estudios y la baja calidad metodológica no se pueden sacar conclusiones definitivas sobre la homeopatía para la FM, siendo estos resultados preliminares. Sin embargo, como sugieren los resultados de algunos estudios, la homeopatía podría considerarse como una terapia complementaria para los pacientes con FM.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			intensidad del dolor ya no fue significativo P 0.15). No se pudo realizar análisis de subgrupo (homotoxológico y antroposófico)	

*Nota.* VAS: Visual Analogue Scale FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. IC: Intervalo de confianza. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. DMS: Diferencia mínima significativa. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 31), por Boehm et al., 2014, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

La medicina complementaria y alternativa, según la define el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa de Estados Unidos NCCAM, por sus siglas en inglés, es un conjunto de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención a la salud, no contemplado como medicina convencional (González Madrid, 2005).

Uno de los requisitos para alcanzar resultados positivos, es que la paciente se haga responsable y protagonista de su propia rehabilitación. Se le explica que la mejoría implica un cambio radical en su estilo de vida y que no existe una pastilla capaz de curar la enfermedad. Una parte importante del tratamiento es informar a las pacientes sobre los procesos, implicaciones y mejoras que pueden vivir.

Para ello es necesaria la interacción coordinada de múltiples especialistas. Además, es importante entender la dinámica familiar, ya sea como red o fuente de estrés, el trabajo y su dinámica social. Es decir, entender a la paciente como un ser holístico.

Por otro lado, se debe comprender y aceptar la importancia de las reacciones fisiológicas del cuerpo y el constante exceso de adrenalina, presente en la FM. Las terapias grupales si no llevan un adecuado manejo en la forma de intervención no se recomiendan, ya que en esas ocasiones terminan siendo como un grupo de lamentaciones en conjunto.

La dieta es otro de los elementos que se deben modificar para mejorar el funcionamiento del intestino, con la intención de disminuir el uso de medicamentos, asociados al síndrome de intestino irritable. Fumar es otro factor de riesgo, que se debe evitar.

Algunas de las nuevas investigaciones científicas, en torno a la fibromialgia, buscan entender si es verdad que exista alguna disfunción del sistema nervioso autónomo como epicentro del padecimiento (Martínez-Lavín García, 2012).

Uno de los grandes dilemas a los que se enfrentan los pacientes con FM, es la falta de credibilidad con respecto a la presencia de su padecimiento, la “psicologización” de los síntomas por parte de los médicos y el manejo del diagnóstico como alivio y como carga al mismo tiempo (Asbring y Narvanen, 2002, como se citó en Colmenares, 2013). El poco conocimiento que existe sobre los mecanismos que producen y prolongan la FM, generan frustración, controversia y rechazo en los pacientes, incentivados por los constantes fracasos terapéuticos, por lo que es importante incluir el tratamiento psicológico en dichos pacientes (Martínez-Lavín García, 2007, como se citó en Colmenares 2013).

## **Alimentación**

Un aspecto importante en los pacientes con fibromialgia es la dieta que deben mantener según

Pros Casas(2006), consiste en:

- ◇ Disminuir el consumo de grasas saturadas
- ◇ Incrementar la ingesta de alimentos frescos y naturales
- ◇ Llevar a cabo una dieta equilibrada
- ◇ Cenar ligero
- ◇ Elegir alimentos integrales
- ◇ Evitar las solanáceas (vegetales como la papa, pimientos, tomate o berenjena que contienen la sustancia solanina), ya que afecta el trabajo de las enzimas de los músculos y favorece el estado de malestar y dolor
- ◇ Comer ligero y frecuentemente
- ◇ No consumir acidificantes como tabaco, café, alcohol, té, bebidas de cola y azúcar
- ◇ Tomar líquidos durante el día
- ◇ Consumir antioxidantes como:
  - Betacaroteno, Selenio, Vitamina C, Vitamina E
- ◇ Ingerir:
  - Calcio, Magnesio, Melatonina, Triptófano, Ácidos grasos, Omega 3

## **Fitoterapia**

De acuerdo con Avello et al. (2017), la fitoterapia es el tratamiento de diversas enfermedades mediante el uso de plantas o sustancias vegetales. En el caso de la fibromialgia, existe una variedad de plantas que se recomiendan para tratar algunos síntomas, tales como:

- ◇ Hipérico. Se le conoce como “hierba de San Juan”, contiene hipericina, un alcaloide sedante eficaz. Mejora el sistema nervioso y es analgésico, antiinflamatorio y antidepresivo.

- ◇ Valeriana. Sirve como tranquilizante, se emplea para disminuir la ansiedad, depresión, confusión, migrañas y problemas de sueño.
- ◇ Manzanilla. Se emplea en inflamación, tensión, dolor de cabeza e insomnio, y problemas digestivos.
- ◇ Sauce blanco. La corteza de este árbol tiene sustancias similares a la aspirina. Es indicado cuando la fibromialgia se complica con dolor e inflamación en las articulaciones.
- ◇ Espino blanco. Es un hipotensor que también sirve como relajante del sistema nervioso.
- ◇ Pasiflora. Es un calmante y antiespasmódico y sirve para reducir el dolor.
- ◇ Astrágalo y equinácea. Estimulan el sistema inmunológico.
- ◇ Raíz de bardana, diente de león y trébol rojo. Purifican la sangre y eliminan toxinas.
- ◇ Pimienta de Cayena o Guindilla. Contiene capsaicina, que inhibe la liberación de los neurotransmisores que activan la sensación de dolor.
- ◇ Cannabis o Marihuana. Contiene Tetrahidrocannabinol (THC) y Cannabidiol (CBD) que bloquean la transmisión del impulso nervioso a nivel del cerebro, la médula espinal y de las neuronas sensoriales periféricas. Los receptores cannabinoides se acoplan a las proteínas G inhibitoras, con lo que disminuyen la excitabilidad de la membrana y la actividad neuronal, con lo que evita o disminuye el impulso doloroso, (tabla 13).

**Tabla 13**

*Estudio: Efectos Cannabinoides en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Fitzcharles et al. (2016)</p> <p><b>Tema</b> Cannabinoides en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> No hay datos</p> <p><b>AMSTAR</b> 9/10</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Abril 2015</p> <p><b>Bases de datos</b> CENTRAL, MEDLINE, ClinicalTrials.gov, International Association for Cannabinoid Medicines (IACM) databank, WHO ICTTRP</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 4</p> <p>ECA (2 de FM: Schrabek 2008 y Ware 2010)</p> <p>Intervenciones evaluadas Cannabinoides (fitocannabinoides tales como cannabis en hierba [hachish, marihuana], extracto de planta [Nabiximol] o sintético [cannabidiol, dronabinol, nabilona]) vs placebo (en Schrabek 2008) o amitriptilina (en Ware 2010).</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA Criterios de FM 1990, 2010</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 71</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p><b>Medidas de efecto</b></p> <p>Nabilona</p> <p>Ware 2010 no mostró diferencias en la reducción del dolor con nabilona en comparación con amitriptilina. La nabilona fue más efectiva en la mejoría del sueño. No hubo diferencias en cuanto a calidad de vida. El estudio no proporcionó datos sobre las subescalas del FIQ.</p> <p>Tampoco hubo diferencias en el Profile of Mood States. Skrabek 2008 reportó mejorías significativas en el dolor, ansiedad y calidad de vida cuando se compara con placebo (aunque los autores de la revisión cuestionan los resultados). No hubo diferencias para fatiga, y depresión. Ware 2010 informó 187 efectos adversos, 53 posiblemente</p>	<p>Se trata de una actualización de otra RS previa, que incluye también estudios en pacientes con dolor crónico (artritis reumatoide y lumbalgia crónica) además de FM (2 estudios).</p> <p>La baja calidad y cantidad de evidencia disponible sobre los cannabinoides en el dolor crónico refractario asociado a patologías que cursan con dolor no permite hacer recomendaciones para su uso clínico. Sin embargo, se podría considerar una pauta breve de nabilona en aquellos pacientes con FM y que son refractarios a otros tratamientos bien establecidos y recomendados por las guías, dentro del contexto de un abordaje multicomponente. El tratamiento continuado con nabilona debería guiarse con unos objetivos terapéuticos preestablecidos</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			relacionados con amitriptilina y 921 con nabilona. Skrabek 2008 no informa del número total de EA. En total, hubo 7 abandonos, 3 de 20 (15 %) en el grupo de nabilona y 1/20 en el grupo placebo por causa de los efectos adversos. El más frecuente fueron mareos (siete pacientes con nabilona), boca seca (cinco pacientes con nabilo).	(dolor, sueño y/o funcionalidad) y prestando mucho cuidado a los efectos adversos.

*Nota.* Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 15), por Fitzcharles et al., 2016, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

## Suplementos dietéticos

Las personas con fibromialgia, por lo general, presentan disminución en la absorción de determinados nutrientes, por lo que sus requerimientos se vuelven superiores a lo normal. Por lo anterior Pros Casas (2006), recomienda el consumo de:

- ◇ Acidophilus. Bacterias que favorecen a la flora intestinal; por ejemplo, se recomienda posterior a infecciones como la candidiasis, que es muy común en la fibromialgia
- ◇ Coenzima Q10. Incrementa la oxigenación de los tejidos, protege el corazón y refuerza el sistema inmunológico.
- ◇ Lecitina de soya. Facilita la circulación. Mejora la función cerebral e incrementa la energía.
- ◇ Ácido málico. Es indispensable para la producción de la energía celular.
- ◇ Magnesio. Estimula el correcto funcionamiento de los músculos. Alivia el espasmo muscular y el dolor.
- ◇ Manganeso. Interviene en el ritmo metabólico, ya que actúa sobre el eje del hipotálamo.
- ◇ Vitamina A y Vitamina E. Atacan a los radicales libres, favoreciendo a las células e incrementando la función inmunológica.
- ◇ Enzimas proteolíticas. Disminuyen la inflamación y aumentan la absorción de los nutrientes.
- ◇ Vitamina C con Bioflavonoides. Antioxidante con poder antiviral.
- ◇ Vitamina B6 (Piridoxina). Cofactor necesario para la transformación de L-triptófano en serotonina.
- ◇ Vitamina B1. Distintos estudios relacionan la tiamina con el correcto funcionamiento de los transmisores.
- ◇ Extracto de semilla de uva. Antioxidante que preserva a los músculos de los radicales libres y mejora la inmunidad.

- ◇ Orotato de litio. Regulador de la tiamina, es decir, del humor y se emplea como carbonato para la estabilización de los estados maniaco-depresivos.

### **Detoxificación del organismo**

Según el Dr. Bernard Jensen (2002), la mayor parte de los problemas de salud comienzan en unos intestinos maltrechos por las toxinas:

... la toxemia intestinal es un proceso que deriva de ciertas clases de dietas o de una obstrucción intestinal. Las bacterias se encargan de producir diversas toxinas químicas en el intestino, que luego son absorbidas por el flujo sanguíneo (...). De ese modo el nivel de toxicidad produce un cambio patológico en los tejidos o agrava cualquier condición que ya existía previamente (p. 18).

Por lo anterior es recomendable limpiar a los órganos que realizan funciones de depuración en el cuerpo humano, tales como el hígado, los intestinos, la piel, los riñones, los pulmones y la linfa. Dicha depuración puede realizarse mediante limpiezas intestinales, ayuno, lavados rectales, el consumo de bebidas limpiadoras, las monodietas y el frotamiento de la piel (Pros Casas, 2006).

### **Sofrología**

El colombiano y médico psiquiatra Alfonso Caycedo creó en 1961 el término Sofrología que significa “el estudio de la consciencia en equilibrio”, para ello se basó en experimentos terapéuticos e investigaciones personales realizados en la India, el Tíbet y Japón (Caycedo, 2017).

La sofrología trabaja tanto con el cuerpo como con la mente, a través de estimulaciones positivas de la conciencia. Busca normalizar o disminuir los mecanismos negativos, que provocan el malestar del sujeto.

La sofrología aporta los siguientes beneficios:

A nivel físico:

- ◇ Estabilidad en la presión sanguínea y mejora la irrigación de los tejidos y órganos
- ◇ Relajación muscular profunda
- ◇ Recuperación más rápida de energía
- ◇ Mejora de la calidad del sueño
- ◇ Recuperación rápida del equilibrio de las grandes funciones orgánicas

A nivel mental:

- ◇ Favorece la calma interior
- ◇ Disminuye la ansiedad
- ◇ Mayor concentración
- ◇ Mejora las relaciones sociales y afectivas
- ◇ Desarrolla potencial mental
- ◇ Mayor control de uno mismo y de las emociones

### **Simpaticoterapia**

La simpaticoterapia es un método sencillo y muy eficaz, que busca mejorar los trastornos asociados a una alteración del sistema nervioso simpático, como el estrés, nerviosismo, los trastornos del sueño y los trastornos endocrinos de origen neurovegetativo.

La técnica consiste en estimular las terminaciones nerviosas endonasaes del sistema simpático, localizadas en puntos precisos. También se utilizan algunos aceites esenciales, para obtener un efecto potente y duradero. Se realizan de 5 a 15 sesiones, una o dos veces por semana y el resultado dura varios meses (Munguía Izquierdo et al., 2007).

### **Acupuntura**

La electroacupuntura ha demostrado su eficacia en la fibromialgia. Se han hecho estudios que establecen que las personas con FM poseen alteraciones en el funcionamiento del eje

hipotálamo-pituitario-adrenal y en los sistemas de procesamiento de información sensitiva y del dolor a nivel del sistema nervioso central.

La acupuntura realiza modificaciones a nivel molecular que alteran el procesamiento de la información sensitiva, lo que ha desarrollado un marco teórico de evidencia experimental sobre los efectos que posee en distintos mecanismos fisiopatológicos de la fibromialgia y que establecen el criterio de plausibilidad biológica de su uso, lo que podría posicionar a la acupuntura como un tratamiento para la FM; sin embargo aún los resultados son contradictorios y de corta duración, por lo que se sugiere el desarrollo de más ensayos clínicos (Rodríguez Martínez y Ángel Macías, 2012) revisar tabla 14.

La moxibustión es otra técnica realizada por el acupuntor. Consiste en aplicar calor mediante la quema de la planta *Artemisia Sinensis* (*ajenjo*) con lo que se calientan los puntos de acupuntura, activando los receptores térmicos de la piel con el objetivo de disminuir los procesos de dolor, sobre todo osteoarticular (Cobos Romana, 2013).

**Tabla 14**

*Estudio: Efectos Acupuntura en FM*

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Yang et al. (2014)</p> <p><b>Tema</b> Acupuntura en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> State Key Program of National Natural Science of China</p> <p><b>AMSTAR</b> 8/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> 2012</p> <p><b>Bases de datos</b> China National Knowledge Infrastructure Database China Science and Technology Journal Database, Wanfang Database, PubMed, EMBASE, CENTRAL</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 9 estudios: 3 ECC 6 ECA</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Acupuntura (needle acupuncture (4), electroacupuncture (2), TENS (2), laser irradiation (1)) vs placebo u otra intervención (ejercicio y/o antidepresivos).</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> Criterios inclusión FM (ACR 1990) ECA o ECC</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> No hay datos</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>Resultados narrativos.</p> <p><b>Acupuntura vs sham (simulada) a corto plazo:</b> A las 3 semanas, hubo una diferencia significativa en el dolor (VAS y MPI) (1 ECA) y en el FIQ a las 4 semanas, a favor de la acupuntura, pero no en el pain pressure threshold (PPT) (1 ECA). Los efectos desaparecen a las 7 semanas de tratamiento. Por el contrario, no hubo diferencias en el dolor medido con la Numerical Rating Scale a las 3 semanas (2 ECA) ni tampoco más adelante.</p> <p><b>Acupuntura vs fármacos a corto plazo</b> Hubo diferencias a favor de acupuntura vs amitriptilina/fluoxetina a (3 ECA) en el dolor (VAS) y en el número de puntos dolorosos a corto plazo. Los efectos desaparecen a medio y largo plazo.</p>	<p>Comparado con acupuntura simulada (sham) no hay suficiente evidencia que la acupuntura activa sea más eficaz. Existe alguna evidencia que la acupuntura es mejor que el tratamiento farmacológico (amitriptilina o fluoxetina), pero los estudios presentan limitaciones metodológicas, por lo que se necesita más investigación. Existe alguna evidencia de que la combinación de acupuntura con ejercicio y fármacos aumenta el umbral de dolor a corto plazo (3 – 6 meses), pero este efecto no se mantiene a largo plazo (12 a 24 meses).</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			<b>Acupuntura + fármacos + ejercicios vs fármacos + ejercicios</b> Hubo diferencias a favor del grupo de tratamiento combinado que incluye acupuntura en el recuento de puntos dolorosos a los 3 y 6 meses, no así a los 12 y 24 meses (1 ECA).	

*Nota.* MPI: Multidimensional Pain Inventory. VAS: Visual Analogue Scale FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 30), por Yang et al., 2014, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

### **Biofeedback**

El biofeedback es una técnica que brinda retroalimentación inmediata al individuo, respecto a sus funciones fisiológicas como: respiración, tensión muscular, ritmo cardiaco, estado emocional y conducta.

Esta técnica posibilita que las respuestas fisiológicas que en un primer momento son autónomas, se puedan controlar mediante un entrenamiento. Se colocan sensores en el cuerpo

del paciente para registrar diversas respuestas fisiológicas durante la realización de actividades específicas. A lo largo de diversas sesiones, el paciente se convierte en un ser capaz de ajustar automáticamente los parámetros fisiológicos dentro de los umbrales esperados, sin necesidad de un control voluntario. Esta relación entre los estados de la mente y el cuerpo físico no suele percibirse conscientemente, por ello el biofeedback pretende concientizar al paciente de esto, mediante el condicionamiento operante, que permite recondicionar y reentrenar al cerebro (Sanz Andrea, 2018).

**Tabla 15**

*Estudio: Neurofeedback en la FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Santoro y Cronan (2014)  <b>Tema</b>            Neurofeedback en la FM</p> <p><b>Diseño</b>            RS</p> <p><b>Patrocinador</b>            No hay datos  <b>AMSTAR</b>            4/10</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b>            Octubre 2012</p> <p><b>Bases de datos</b>            PubMed, PsycINFO, CENTRAL, Web of Science, Medline</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b>            N=7            3 (1 ECA, 1 Cohorte con control histórico, 1 Caso clínico) con entrenamiento de neurofeedback como único tratamiento.            4 (2 ECA y 2 Cohortes retrospectivas)</p>	<p><b>Criterios inclusión</b>            FM            Cualquier tipo de estudio</p> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <p><b>Pacientes (n)</b>            511</p>	<p>Hubo mucha variabilidad y diferencias metodológicas entre los estudios. Los estudios con neurofeedback tradicional en monoterapia (de baja calidad) mostraron una mejoría importante pre-post tratamiento en el dolor, fatiga, función cognitiva, depresión y ansiedad. En un estudio los efectos duraron por semanas después del tratamiento.</p>	<p>Los resultados sugieren que neurofeedback podría ser una intervención útil para la FM, aunque se necesitan más estudios.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	<p>con entrenamiento de neurofeedback alternante.</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Intervenciones con neurofeedback comparado con control u otro tipo de intervención (tecnología con EEG)</p>	<p><b>Edad</b> Rango (media) de 31 a 67</p> <p><b>Sexo</b> 93-100% mujeres</p>	<p>Sólo un estudio (ECA) comparó neurofeedback con antidepresivos, observándose una mejoría de síntomas en ambos grupos, pero con neurofeedback la mejoría fue más rápida e importante. En los estudios con neurofeedback alternante (calidad variable) los resultados fueron no concluyentes.</p>	

*Nota.* Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 41), por Santoro y Cronan, 2014, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

### **Ozonoterapia**

Una de las disfunciones ligadas a la fibromialgia es la falta de oxigenación en la placa motora, el punto de conexión entre la neurona y la fibra muscular.

Las formas de aplicación del ozono médico pueden dividirse en tres:

- Tópica: se suele aplicar directamente con el uso de bolsas de cierre hermético, agua o aceites ozonizados por su efecto germicida y su capacidad cicatrizante.
- Infiltrada: a concentraciones entre 4 y 30 µg/ml y se emplea para afecciones del aparato locomotor: artritis, miositis, tendinitis y fascitis.
- Sistémica: administración de gases mediante dos vías, autohemoterapia e insuflación rectal
  - Autohematoterapia mayor, se extrae cierta cantidad de sangre en un circuito cerrado donde se pone en contacto con el gas, para que reaccione hasta la dilución de este y posteriormente se reinfunde.
  - Autohematoterapia menor, la mezcla se realiza en una jeringa y la sangre se inyecta nuevamente por vía intramuscular.
  - Insuflación rectal, la mezcla de los gases es absorbida mediante la mucosa intestinal. Esta técnica es fácil de aplicar y segura.

La ozonoterapia suele indicarse como coadyuvante en el tratamiento de enfermedades con alteraciones del balance redox celular, o de la oxigenación celular. Esta terapia ayudaría al paciente con dolor crónico, ya que las Especies Reactivas del Oxígeno (ERO) en la hiperalgesia, vía activación de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) reduce la hiperalgesia mediante el bloqueo de la fosforilación de los NMDA.

En la fibromialgia existe una alteración del balance de óxido-reducción celular, a partir de un incremento en la producción de radicales libres y/o una deficiencia en la capacidad antioxidante orgánica, para lo cual la ozonoterapia sistémica se ha constituido como tratamiento (Hidalgo-Tallón y Torres, 2013).

## **Mesoterapia**

Es un método terapéutico que se originó a principios del siglo XIX, pero el término mesoterapia como tal se acuñó en 1958 por el francés M. Pistor. Consiste en inyectar de manera loco-regional, cantidades muy pequeñas de anestésico. Existen cuatro mecanismos de acción, que justifican la utilización de la mesoterapia:

- Reflexológico
- Inmunológico
- Farmacológico
- Placebo

En un estudio realizado en Cuba, donde utilizaron la mesoterapia como método de tratamiento para la fibromialgia, se obtuvo una mejora en las capacidades de los pacientes y una disminución de dolor, salvo en aquellos casos donde había comorbilidad con trastornos tiroideos. En la mayoría de los casos, los resultados fueron perceptibles con 6 o menos sesiones (Suárez Rodríguez y Muñiz Casas, 2013).

Si bien la investigación refleja una mejoría en las capacidades de los pacientes, también esto puede estar en relación directa con la disminución del dolor y no necesariamente con una situación de cura de la fibromialgia.

## **Terapias físicas**

En este apartado se consideran técnicas manuales, corporales y actividad física. Cada programa debe estar diseñado de manera particular para cada paciente con fibromialgia.

Desde el siglo XIX, fecha en la que al SFC se le conocía como “neurastenia”, se ha recomendado el reposo para este tipo de pacientes, sin embargo, la inactividad física prolongada, también puede producir efectos adversos, ya sean fisiológicos y/o psicológicos.

A través de los años, los especialistas se han percatado de que los pacientes con fibromialgia y SFC han mejorado al realizar actividades físicas durante 30 minutos 3 o 4 veces

por semana. Se sabe que el entrenamiento cardiovascular es el que conlleva mayores beneficios, en tanto que pretende mejorar la movilidad del paciente y puede consistir en caminatas, andar en bicicleta, nadar y actividades similares.

Otras actividades que se recomiendan de forma gradual son: balones medicinales, las cuerdas elásticas denominadas *Thera-Bands*, las máquinas de resistencia y las pesas libres. También se considera incluir en dichos tratamientos ejercicios de flexión de caderas e inclinaciones pélvicas, entrenamientos y reajustes posturales; pilates y la técnica de Alexander y Feldenkarias (Munguía Izquierdo et al., 2007).

Es importante señalar que la principal meta del ejercicio es recuperar la funcionalidad y en medida de lo posible, evitar la atrofia y el surgimiento de nuevas lesiones, sin embargo, en diversos casos se ha observado que el ejercicio también posee un efecto analgésico atribuible a la liberación de endorfinas (Goldenberg, 2003).

### **Actividad física**

Como se ha mencionado con anterioridad, la actividad física debe considerarse de manera particular a cada paciente para no generar reacciones adversas. De acuerdo con Martínez-Lavín García (2012) los objetivos de la actividad física son:

- Readaptar el funcionamiento del sistema cardiovascular a un ejercicio físico regular
- Aumentar la efectividad física aeróbica, para favorecer el metabolismo oxidativo en la musculatura
- Movilizar el aparato locomotor para evitar la tendencia al anquilosamiento

Se sabe que la fibromialgia implica diversas manifestaciones dolorosas en cada persona, por lo que la actividad física debe programarse de manera individual y con objetivos particulares.

### **Reposo y relajación**

La relajación busca disminuir la tensión física acumulada como consecuencia del estrés emocional. Dicha tensión suele localizarse en determinadas regiones del cuerpo, donde genera

contracturas musculares. La relajación pretende erradicar estas contracturas mediante ejercicios, posiciones de relajación, estiramientos y respiraciones (Pros Casas, 2006).

Los dos tipos más empleados son la relajación progresiva de *Jacobson* y el *entrenamiento autógeno de Schultz*. Estas técnicas parten del supuesto que el dolor provoca tensión y ansiedad, lo cual puede exacerbar los síntomas propios de la fibromialgia.

Se cree que la relajación puede disminuir la actividad adrenérgica y aumentar la actividad parasimpática, con lo que se supone disminuye la ansiedad, la tensión y por consecuencia el dolor. Sin embargo, de acuerdo con Moix y Casado (2011) las revisiones que se han hecho a la incorporación de las técnicas de relajación como único tratamiento a la fibromialgia, han arrojado resultados poco favorecedores.

**Tabla 16**

*Estudio: Efectos técnicas de relajación en FM y SFC*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Meeus et al. (2015)</p> <p><b>Tema</b> Técnicas de relajación en FM y SFC</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> No hubo</p> <p><b>AMSTAR</b> 4/10</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Mayo 2014</p> <p><b>Bases de datos</b> PubMed, Web of Science</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 14 (11 en FM)</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b></p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA FM (ACR 1990) - SFC Adultos</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 650 (FM)</p>	<p>Análisis narrativo de los resultados. Ningún estudio informó sobre función autonómica. Seis ECA evaluaron <b>imágenes guiadas/visualización</b> en el dolor en pacientes con FM, mostrando un efecto beneficioso en tres. En cuanto a la funcionalidad (FIQ), un estudio de tres mostró un resultado favorable. Un estudio evaluó fatiga con resultado positivo.</p>	<p>Hay una evidencia moderada sobre el efecto de las imágenes guiadas/visualización en el dolor y la funcionalidad en pacientes con FM. Aunque el contenido de la visualización es un tema de debate, probablemente la visualización de imágenes placenteras sea lo mejor.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	Cualquier técnica de relajación (administrada de forma aislada, sin combinarla con otras intervenciones) comparada con control u otras terapias.	<b>Edad</b> La edad media osciló entre 31,9 y 50,9 años  <b>Sexo</b> “La mayoría eran mujeres”	Un <b>programa de relajación muscular</b> fue evaluado por 2 ECA sin resultados positivos vs el grupo control. Masaje fue más eficaz que la relajación muscular progresiva en reducir el dolor (auto-reportado) y fatiga (1 ECA). La relajación muscular con biofeedback y/o ejercicio fue más eficaz para reducir el número de puntos dolorosos comparado con una intervención informativa educativa. Para otras técnicas como entrenamiento autogénico de relajación muscular no hay evidencia de un beneficio.	La relajación muscular aislada es menos eficaz para aliviar el dolor que en combinación con otras modalidades. Programas de relajación más prolongados parecen más beneficiosos para mejorar la funcionalidad.

Nota. FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 56), por Meeus et al., 2015, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

## **Termalismo**

De acuerdo con Sabater (2016), el termalismo es el uso de aguas termales como coadyuvante en el tratamiento de los pacientes con patologías osteo-artromusculares, que en la mayoría de los casos resulta efectiva, inocua y de fácil aceptación. Se conoce como una de las técnicas más naturales y saludables, que requieren el uso de instalaciones con aguas minero-medicinales y servicio médico. Una de las ventajas que ofrece, es la estimulación del sistema circulatorio que implica mayor oxigenación y distribución de nutrientes, favoreciendo al sistema inmunológico y organismo en general. Además, el calor ayuda a la relajación muscular, disminución del dolor e inflamación. Existen diferentes variaciones de estas terapias como:

- Parafangos: aplicación de calor local con una mezcla de fangos o lodos en conjunto con parafina
- Hidrocinesiterapia: ejercicios que se realizan en piscinas de aguas termales, aprovechando las ventajas de desgravitación
- Ducha Vichy: masaje manual bajo chorros de agua minero-medicinal
- Aplicación de lodos: se aplican barros de sedimentación macerados a una temperatura de 43°C. Tiene tres efectos: relajante, antiinflamatorio y nutritivo
- Electroterapia: tratamientos a base de aparatos de baja intensidad y baja frecuencia que poseen efectos analgésicos

**Tabla 17**

*Estudio: Efectos balneoterapia e hidroterapia en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Naumann y Sadaghiani (2014)</p> <p><b>Tema</b> Balneoterapia e hidroterapia en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> German Research Foundation (DFG) and the Albert Ludwigs University Freiburg</p> <p><b>AMSTAR</b> 11/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Abril 2013</p> <p><b>Bases de datos</b> Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, EMBASE, and CAMBASE</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> N=21 Balneoterapia 10 (BT) Hidroterapia 11 (HT)</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Cualquier tipo de balneoterapia (agua mineral/termal, spa, talasoterapia, thermotherapy, peloids, gas natural terapéutico) o hidroterapia (treatment in plain water with or without exercise)</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA FM (ACR criteria)</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> ¿?</p> <p><b>Edad</b> Rango 18 a 73 años (media 45)</p> <p><b>Sexo</b> 96% mujeres</p>	<p><u>Hidroterapia</u> -Hay una evidencia moderada a fuerte de una reducción pequeña del dolor con hidroterapia (8 ECA, 462 participantes) (DMS -0,42; IC95% -0.61 a -0,24; P &lt; 0.00001) DS -Hay una evidencia moderada a fuerte de una pequeña mejoría de la <b>calidad de vida</b> con hidroterapia (HRQOL; 7 ECA, 398 participantes) al final del tratamiento (DMS -0,40; IC95% -0,62 a -0.18; P = 0.0004) DS -No hubo efectos en la depresión ni en el número de puntos sensibles.</p> <p><u>Balneoterapia en agua mineral/termal</u> (5 ECA, 177 participantes) -Hay una moderada evidencia de una reducción moderada a importante del <b>dolor</b> al final del tratamiento (DMS -0,84; IC95% -1,36 a -0,31; P = 0.002) y en el <b>número de puntos sensibles</b></p>	<p>Dado el número limitado de ECA disponibles, su pequeño tamaño y el riesgo de sesgo observado, es difícil establecer el beneficio global de la hidroterapia y la balneoterapia. Hay riesgo de sobre-estimar la evidencia sobre la eficacia de la HT y aún más de la BT.</p> <p>Se necesitan más estudios de buena calidad y largo plazo para confirmar estos resultados.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	vs ningún tratamiento o tratamiento activo		(DMS -0,83; IC95% -1,42 a -0,24; P = 0.006) DS. -Hay una moderada evidencia de una mejoría intermedia en la <b>calidad de vida</b> (DMS -0,78; IC95% -1,13 a -0,43; P < 0.0001) DS -No hubo efectos en la depresión.	

*Nota.* HRQOL: Health-related Quality of Life. DS: Diferencias significativas. IC: Intervalo de confianza. DMS: Diferencia mínima significativa. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 27), por Naumann y Sadaghiani, 2014, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

### **Drenaje Linfático**

Se debe aclarar que el sistema linfático forma parte del sistema circulatorio, y es el responsable de transportar la linfa (líquido que interviene en los intercambios de sustancias entre sangre y tejido, que recoge el desecho del metabolismo celular). Es decir, el sistema linfático vierte en el torrente sanguíneo los desechos celulares. Además, en éste se generan algunas células del sistema inmune. Los ganglios linfáticos se encuentran distribuidos a lo largo del cuerpo (cuello, axilas, ingles, tórax y abdomen principalmente).

Según Valdés González et al. (2011) al hablar del drenaje linfático, nos referimos a una técnica de masaje terapéutico, de movimientos suaves, lentos y precisos en dirección de los conductos linfáticos que favorecen la descongestión de los ganglios, mediante la liberación de la linfa estancada. Dicha linfa significa un exceso de líquidos, residuos y toxinas, lo que genera edemas y linfedemas; causantes de gran dolor, incomodidad y disfunciones sensoriales, capaces de restringir nuestros movimientos.

En el caso particular de la fibromialgia, el edema intersticial es bastante frecuente, siendo una de las causas de retención de líquidos. De acuerdo con Pros Casas (2006) la estimulación neuromuscular eléctrica (ESNE) puede disminuir los edemas, y si se acompaña del masaje conocido como “Drenaje linfático”, puede reducirse la actividad del sistema simpático e incrementar la del parasimpático con la intención de generar un equilibrio en el organismo.

**Tabla 18**

*Estudio: Efectos Masajes en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Li et al. (2014)</p> <p><b>Tema</b> Masajes en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> No hubo</p> <p><b>AMSTAR</b> 10/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Junio 2013</p> <p><b>Bases de datos</b> PubMed, EMBASE, OVIDMEDLINE, SPRINGLINK, CNKI (China Knowledge Resource Integrated Database), Weipu Database for Chinese Technical Periodicals, and Wan Fang Data</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 9 ECA Los estudios fueron publicados entre 1996 y 2011, con un tamaño que osciló entre 19 y 90 participantes. La duración osciló de 1 a 24 semanas. 90 minutos (nº total de sesiones entre 1 y 20).</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA FM (ACR criteria)</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 404</p> <p><b>Edad</b> Media 47 años</p> <p><b>Sexo</b> -</p>	<p>Los masajes con una duración <math>\geq 5</math> semanas (análisis de subgrupos) mejoraron de forma significativa el dolor (6 ECA; DMS 0,62; IC95% 0,05 a 1,20; P = 0,03) DS</p> <p>-</p> <p>La reducción del dolor no fue significativa globalmente, sólo cuando el análisis se limitó a los ECA con una duración <math>\geq 5</math> semanas.</p> <p>-Los masajes (cualquier duración) mejoraron de forma significativa la ansiedad (8 ECA; DMS 0,44; IC95% 0,09 a 0,78; P = 0,01) DS La mejoría fue global y en el grupo de ECA con duración <math>\geq 5</math> semanas (pero no en el subgrupo <math>&lt; 5</math> semanas).</p> <p>- Los masajes (cualquier duración) mejoraron de forma significativa la depresión (7 ECA; DMS 0,49; IC95% 0,15 a 0,84; P = 0,005) DS La mejoría fue global y en el grupo de ECA con duración <math>\geq 5</math> semanas (pero no en el subgrupo <math>&lt; 5</math> semanas).</p> <p>-No hubo mejoría en la calidad del sueño</p>	<p>El masaje por más de 5 semanas puede tener un efecto beneficioso inmediato para mejorar el dolor, la ansiedad y la depresión en pacientes con FM. Debería considerarse el masaje como una terapia complementaria y alternativa viable para la FM.</p> <p>No obstante, dado el escaso número de ECA disponibles, su tamaño limitado para análisis de subgrupo y la ausencia de evidencia de efectos a largo plazo, se necesita realizar más estudios adecuados.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	<b>Intervenciones evaluadas</b> Masajes no combinados con otras intervenciones vs cualquier control. La duración osciló entre 25–		(6 ECA; DMS 0,19; IC95% 20,38 a 0,75; P = 0,52) NS Tampoco se observó un efecto en los ECA con una duración ≥5 semanas. Solo dos ECA realizaron un seguimiento hasta 24 semanas. En uno no hubo diferencias significativas en ninguna variable evaluada comparado con el valor basal, mientras que en el otro sólo persistió una mejoría en el sueño. No hay datos de efectos adversos	

Nota. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. IC: Intervalo de confianza. DMS: Diferencia mínima significativa. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 26), por Li et al., 2014, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

## Quiropráctica

Quiropraxia significa “hecho manualmente”, lo que implica que el quiropráctico busca reajustar la columna vertebral del paciente, mediante una serie de técnicas y movimientos específicos.

Es una técnica que se utiliza de forma común en el tratamiento de diversos trastornos músculo-

esqueléticos, entre ellos la fibromialgia. Según Goldenberg (2003) muchas de sus pacientes se han beneficiado con la quiropráctica y osteopática, sin embargo, los efectos no eran de gran relevancia y tenían corta duración.

## **Yoga**

En un artículo escrito en MedlinePlus (2020) señala que el Yoga es una práctica que conecta cuerpo, respiración y mente. Se realiza a través de diversas posturas (asanas). Pretende el desarrollo de algunas cualidades de la mente como la atención consciente, concentración, el esfuerzo dirigido y la sensibilidad. Existen muchos estilos de yoga, los cuales varían en intensidad, temperatura y objetivos.

El objetivo principal del yoga para la fibromialgia es controlar la mente a través de técnicas de respiración para crear armonía, bienestar y conexión espiritual. La eficacia del yoga radica en que disminuye la respuesta del sistema simpático que prepara al cuerpo para la huida y el estrés y favorece el incremento de la actividad del nervio vago y el sistema parasimpático asociados a la relajación, mediante diversos ejercicios de respiración.

Practicar yoga no debe generar cansancio ni dolor, se trata de una adaptación individualizada al proceso, donde cada paciente avanza a su propio ritmo, por eso se sugiere que sean instructores especializados en el Síndrome de Fatiga Crónica y/o Fibromialgia.

A lo largo de los años se han realizado diversos estudios para conocer la efectividad del uso del yoga en enfermedades como fibromialgia y SFC, a continuación se enlistan algunos de ellos:

- En 2010 la revista *Pain* publicó un estudio científico en el que participaron 53 pacientes con fibromialgia en un *programa de Yoga of Awareness* de 8 semanas. En dicho plan se incluía meditación, asanas suaves, pranayama, todo enfocado a disminuir el dolor y la fatiga (Carson et al., 2010).

- En 2013 un artículo publicado en el *Journal of Pain Research* señaló que el yoga funcionó para reducir los trastornos del sueño, la fatiga y la depresión, lo que mejoró la calidad de vida (Mist et al., 2013).
- En 2017 se realizó un programa de 8 semanas para evaluar la efectividad y viabilidad del yoga en personas con SFC y Encefalomiélitis Miálgica. Al concluir el programa los participantes reportaron no haber vivido efectos adversos y en todos (12 participantes) hubo una reducción en las escalas de fatiga y dolor. Cabe mencionar que sólo una participante tuvo problemas al escuchar la palabra “fetal” en una posición, dijo que esto se debía a una experiencia traumática de su juventud, por lo que se trabajó con ella a partir del término y pudo realizar el programa sin complicaciones mayores (Oka et al., 2017).

A partir de la Enseñanza Basada en Evidencia EBE, tomando los artículos ya mencionados como parte de su sustento es que en 2019 se creó un programa de 8 semanas de yoga especializado en pacientes con alguna enfermedad asociada al dolor y la fatiga como es el caso de la fibromialgia. Cada programa se adapta de manera específica a los pacientes, su nivel de vida y los síntomas que experimenta.

Hayes (2019) señala que el proyecto inició en Londres y continuará en Lisboa para poder conocer el verdadero alcance del yoga en la salud de las personas con FM.

**Tabla 19**

*Estudio: Yoga en enfermedades reumáticas*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Cramer et al. (2013)</p> <p><b>Tema</b> Yoga en enfermedades reumáticas</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> Rut- and KlausBahlsenFoundation</p> <p><b>AMSTAR</b> 8/10</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Febrero 2013</p> <p><b>Bases de datos</b> Medline/PubMed, Scopus, CENTRAL, IndMED</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 8 ECA (solo 2 ECA en FM con 106 pacientes)</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Yoga vs no tratamiento o cualquier tratamiento activo</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> Enfermedades reumáticas (FM incluida) ECA</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 106 (FM)</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>En un estudio de 56 pacientes con FM, el yoga (8 semanas) comparado con tratamiento habitual mejoró la discapacidad. DS</p> <p>No hubo diferencias en dolor (VAS), número de puntos dolorosos o discapacidad (FIQ). NS</p> <p>Un segundo estudio con 40 pacientes con FM que comparó yoga con técnica de respiración en el agua vs tratamiento habitual, mostró una mejoría del dolor (VAS), discapacidad (FIQ) y ansiedad (HAS) a favor del yoga. DS</p> <p>La calidad de la evidencia (GRADE) se consideró muy baja para dolor y baja para discapacidad, apoyando una recomendación débil a favor del uso de yoga en la FM.</p>	<p>Existe evidencia de calidad muy baja para dolor y baja para discapacidad, que apoyaría una recomendación débil a favor del uso de yoga en la FM.</p>

*Nota.* FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire. DS: Diferencias significativas. NS: No significativas. VAS: Visual Analogue Scale. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 36), por Cramer et al., 2013, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

## **Medidas educativas y psicológicas**

### **Medidas educacionales**

Estas medidas tienen como objetivo principal informar al paciente sobre las características de la enfermedad, sin exagerar la evolución y evitando al mismo tiempo, crear falsas expectativas en su recuperación. Lo más importante es concientizar al paciente de su papel activo en el tratamiento.

La información adecuada debe brindarse no solo al paciente, sino también a su familia, para que, en conjunto, sean capaces de entender la realidad de su situación, terapia, los tratamientos y los progresos científicos.

Mediante esta educación, los enfermos conocerán las condiciones físicas y psicológicas de las limitaciones a las que se enfrentarán, y la capacidad de control que tendrán a través de su estado emocional sobre la sintomatología, incluido el dolor. Es importante hacerle saber las diferentes opciones terapéuticas con las que cuenta, para que el sujeto sea capaz de elegir aquellas que mejor se acomoden a su estilo de vida.

Castillo y Jiménez (2011) señala que si se logran los objetivos arriba mencionados, mediante la educación para la salud, asociados con estrategias cognitivo-conductuales, ejercicio físico, función social, distrés psicológico y calidad de vida, los pacientes pueden mejorar su salud y nivel de vida.

De acuerdo con Belenguer et al. (2015) diversas técnicas empleadas en el tratamiento de la FM, tienen como fundamento la educación para la salud, con el objetivo de mejorar la funcionalidad y calidad de vida del paciente, mediante la disminución de la ansiedad, aumentar la conformidad, lo que facilita incrementar la continuidad en los tratamientos, mejorar las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia.

**Tabla 20**

*Estudio: Efectos Educación en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
<p>Elizagaray-García et al. (2016)</p> <p><b>Tema</b> Educación en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> No hay datos</p> <p><b>AMSTAR</b> 4/10</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Diciembre 2014</p> <p><b>Bases de datos</b> Medline, EMBASE, PEDro, CINAHL, PsycINFO</p> <p><b>N de estudios incluidos</b> 5 ECA</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Educación al paciente con un grupo control u otras intervenciones terapéuticas protocolizadas</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA FM Adultos Inglés, español</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>Pacientes (n)</b> 611</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b></p>	<p>Medidas de efectos 4 de los 5 ECA presentaron una calidad metodológica buena. En tres de los estudios, la educación al paciente, en combinación con otra intervención basada en ejercicio terapéutico, mejoró el dolor y la calidad de vida en comparación con las mismas intervenciones realizadas por separado. Además, un ECA de buena calidad metodológica mostró que la educación del paciente activó vías neurales inhibitorias descendentes del dolor.</p>	<p>La educación al paciente por sí sola no ha mostrado ser efectiva sobre el dolor, la calidad de vida ni la funcionalidad en pacientes con fibromialgia. Existe evidencia fuerte de la efectividad de la combinación de educación al paciente con ejercicio y estrategias activas de afrontamiento sobre el dolor, la calidad de vida y la funcionalidad a corto, medio y largo plazo en pacientes con fibromialgia.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			El análisis cualitativo muestra evidencia fuerte-moderada acerca de que la educación al paciente, en combinación con otras intervenciones de ejercicio terapéutico, ofrece resultados positivos en las variables de dolor, calidad de vida y funcionalidad.	

*Nota.* Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 44), por Elizagaray-García et al., 2016, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

### **Tratamientos psicológicos**

A través de distintas investigaciones, se ha observado que la fibromialgia posee un origen multifactorial que va desde alteraciones hormonales, predisposición genética, inmunodepresión, traumatismos agudos, hasta episodios traumáticos de naturaleza psicoafectiva.

De acuerdo con Pros Casas (2006) se detectó en diversas pacientes con FM la existencia de algún trauma previo a la aparición de los síntomas de dicho padecimiento; y aunque se han generado diversos estudios con la intención de objetivar este hecho, surge la

duda: ¿es posible evaluar, con base en criterios científicamente aceptables, el impacto de los abusos sexuales durante la infancia, una decepción amorosa o la pérdida de un ser querido? Incluso al hablar de traumatismos físicos con secuelas a largo plazo ¿es posible separar las afectaciones físicas sin contemplar el impacto psicológico? Por ejemplo, al hablar de un choque automovilístico se debe atender más allá del resultado físico y considerar la minusvalía y secuelas desagradables.

Se sabe que diversas enfermedades son antecedidas por experiencias traumáticas, es decir, no es exclusivo de la fibromialgia; sin embargo, Pros Casas (2006) señala que: “El apoyo de un buen psicoterapeuta a menudo es indispensable, porque ayuda a comprender y aceptar el pasado, a gestionar el presente y a encarar el futuro” (p. 102).

A partir de la medicina clínica tradicional, el dolor y sobre todo el agudo es un elemento determinante en el diagnóstico de alguna patología; sin embargo, en el caso de la fibromialgia, el dolor encubre un conjunto de emociones, convirtiendo el cuadro en algo más complejo, por lo cual es necesaria una visión más holística. (Truyols Taberner et al., 2008, como se citó en Moix y Casado, 2011). Para ello es necesario un tratamiento interdisciplinar que incluya la colaboración de médicos, fisioterapeutas y psicólogos; pero este enfoque aún no es tan popular, a pesar de que existen terapias que han demostrado efectividad en el tratamiento de la fibromialgia. A continuación, se exponen algunas de ellas.

## **Terapia grupal**

Se sabe que los grupos de apoyo sirven como un sostén para los pacientes con fibromialgia, ya sea que se trate de asociaciones o redes de familiares y amigos. Estas redes de apoyo constituyen el entorno psicológico del paciente y tienen influencia en la evolución de los síntomas.

Si se trata de un constante reclamo, entonces la familia estará incrementando emociones negativas que se tornan dañinas tanto para el paciente, como para la efectividad de los tratamientos.

Sin embargo, una comprensión y un trato respetuoso fomentarán la aceptación de la enfermedad, la situación y la adaptación de la vida del paciente ante los cambios que le genere la fibromialgia.

Con base en lo anterior es que los grupos de apoyo pueden constituirse como un refugio para los pacientes con fibromialgia, donde pueden expresar sus emociones libremente, intercambiar impresiones, contacto con especialistas, consejos, etc. Sin embargo, estos grupos pueden tener consecuencias positivas y negativas, ya que algunos pacientes pueden verlos como una reunión para exaltar sus quejas y lamentos.

Cabe señalar que el funcionamiento de estos grupos se fundamenta en la actitud que cada uno de sus integrantes muestre para sí y para con los demás, así como la manera en que cada quien esté dispuesto a brindar y recibir información respecto a la enfermedad y la forma de mantener una buena calidad de vida (Pros Casas, 2006).

La terapia grupal que conocemos hoy en día comenzó en la década de 1920, con intervenciones grupales a cargo de Pratt con pacientes con tuberculosis y Lazell con pacientes con esquizofrenia. A lo largo de los años, la terapia de grupo se ha nutrido de diversas corrientes, tales como el psicoanálisis, la terapia Gestalt y la cognitivo-conductual, por mencionar (Gómez Esteban, 2019).

El psicodrama de Moreno fue una de las primeras terapias de grupo que adquirió gran auge. En 1908 Moreno identificó que los niños jugaban a través de la interpretación de roles mostrando la interacción de los distintos miembros de la familia; para ello se valían de la representación de mitos que les permitían mostrar sus necesidades o frustraciones. De tal manera que el juego de roles les permitía ampliar o modificar su percepción personal y comprender los sucesos desde otro punto de vista (Garzón Suárez et al., 2019).

### **Tratamientos psicológicos individuales**

A lo largo de la presente investigación, nos hemos encontrado con la existencia de diversos tratamientos psicológicos que apelan a erradicar o disminuir síntomas específicos, es decir, dichas terapias se focalizan en aspectos tales como la disminución del dolor, control de la fatiga crónica, la disminución o anulación de ideas catastróficas, manejo de la depresión y ansiedad. A pesar de trabajar sólo con algunos aspectos del síndrome, al disminuir éstos, la vida de los pacientes ha mostrado mejorías.

De acuerdo con Merayo et al. (2007) desde 1989 se ha incrementado el número de artículos científicos relacionados con la fibromialgia, lo que es proporcional con el conocimiento adquirido y la inclusión de factores psicosociales como determinantes en el desarrollo de los síntomas. Estas publicaciones reflejan el interés de la comunidad científica en dicho trastorno, así como la necesidad de entenderlo, desde campos diferentes a la reumatología.

### **Terapias de primera generación o de primera ola**

Las terapias de primera generación constituyen el primer acercamiento del enfoque cognitivo-conductual para modificar la conducta humana. Sus orígenes se remontan a principios del siglo XX tomando como base las aportaciones de: Watson, Pavlov, Skinner, por mencionar.

Para ese momento, lo que se pretendía era entender el aprendizaje de los organismos y los mecanismos implicados en dicho proceso; y de las investigaciones realizadas, primero con

animales y luego con humanos, surgieron conceptos tales como: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, reforzamiento, estímulo operante, etcétera.

Uno de los puntos a destacar de estas terapias es que se centran en cambiar aspectos puramente observables. Entre las terapias de primera generación están, por ejemplo: terapia de exposición, economía de fichas y desensibilización sistemática (Patiño, s.f.).

### ***Técnicas operantes***

Las técnicas operantes tienen como objetivo trabajar con la parte comportamental del dolor y en ocasiones ello implica la modificación de otros factores.

En la FM el factor conductual del dolor está constituido por los cambios posturales, las expresiones faciales, las quejas y las conductas de evitación. Las técnicas operantes trabajan con la reducción de las conductas asociadas al dolor, la restauración de actividades diarias y la implementación de ejercicio físico, mediante programas graduales que refuerzan los avances alcanzados (Moix y Casado, 2011).

### **Terapias de segunda generación o de segunda ola**

Esta segunda generación de terapias surge a partir de las problemáticas que no lograban ser resueltas por sus predecesoras. Nacen entre los años 60 y 70 como una forma de estudiar ya no sólo el aprendizaje, sino de analizar la mente, la memoria y el conocimiento mental.

De acuerdo con Gil Martínez et al. (s.f.) y Patiño (s.f.) entre las terapias que pertenecen a esta generación se encuentran: Terapia Cognitiva de Beck (ampliamente usada para el tratamiento de la depresión), Terapia Racional Emotiva de Ellis, y Solución de Problemas, por mencionar algunas.

### ***Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC)***

González Tuta et al. (2017) señalan que la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) es un sistema de terapia que busca que la gente minimice sus problemas emocionales y sus conductas desadaptadas para que puedan autorrealizarse.

Ellis describió en 1955 esta filosofía primero bajo el nombre TRE, Terapia Racional Emotiva y fue evolucionando hasta nuestros días que la conocemos como TREC.

Desde el inicio de su teoría Ellis incluyó los términos de ideas irracionales, creencias erróneas o poco asertivas acerca de uno mismo y de los otros.

De acuerdo con Ellis, la TREC busca que sus teorías sean sujetas a comprobación y que las personas se acostumbren a cuestionarse de forma constante sus propias ideas y las consecuencias de sus actos.

Desde esta perspectiva tanto las emociones como las conductas de una persona devienen de las creencias que posee y la interpretación que haga de la realidad, por ello es fundamental acompañar al paciente en la identificación de los denominados “pensamientos irracionales” o “disfuncionales” para que los modifique por pensamientos racionales y funcionales que le permitan alcanzar metas como establecer relaciones más sanas consigo mismo y los otros.

El modelo terapéutico de la TREC es el denominado **ABC**, donde:

- A: evento activante, interpretado por la persona que desarrolla una serie de creencias.
- B (Beliefs): son las creencias sobre él mismo
- C: consecuencias que resultan de la interpretación que el sujeto hace de A

Pueden ocurrir percepciones o concepciones erróneas de lo que sucede en A, creando ideas irracionales B y favoreciendo el surgimiento de Consecuencias emocionales (Ce) y/o Consecuencias conductuales (Cc). Desde esta visión, su creador sugiere que si se identifican las distorsiones cognitivas, que incluyen: generalización, magnificación, minimización, personalización y pensamiento absolutista, entre otras; y se establecen otros procesos cognitivos que se pueden denominar relativamente inofensivos o ideas funcionales, las personas modifican Ce y Cc.

En el caso de la fibromialgia, se puede utilizar como una terapia que ayuda a afrontar la ansiedad o la depresión que se constituyen como síntomas de dicho síndrome.

### ***Terapia Cognitivo-conductual***

Desde el campo psicológico las técnicas cognitivo-conductuales son las más comunes en el tratamiento del SFM y se ha demostrado que poseen efectividad en la disminución de los síntomas. Dicha efectividad se sustenta en la realización de diversos estudios comparativos entre pacientes tratados con medicamentos y técnicas cognitivo-conductuales (TCC) y pacientes atendidos exclusivamente con medicamentos.

El grupo de pacientes que ha sido sometido a ambos tratamientos mostró mayor reducción del dolor, de la incapacidad y una mejora en el estado de ánimo; si bien es cierto que este trabajo en conjunto genera mayores beneficios para los pacientes, también es verdad que no son mucho mayores que los que produce el tratamiento médico aislado (Moix y Casado, 2011).

En un trabajo de revisión, según Morley et al. (1999), como se citó en Peñacoba Puente (2009), se concluyó que el tratamiento cognitivo-conductual brinda mejoría en el manejo del dolor, el afrontamiento positivo a éste y el funcionamiento social. Según el meta-análisis de Rossy et al. (1999), como también se citó en Peñacoba Puente, (2009) en el tratamiento específico de la fibromialgia, establece que la terapia cognitivo-conductual registró mayor eficacia que el tratamiento farmacológico.

Peñacoba Puente (2009) menciona que Thieme et al. (2003) realizaron un entrenamiento de cambio de hábitos con la intención de reducir la medicación, incrementar la actividad física, disminuir la interferencia del dolor en los diferentes ámbitos de la vida de los pacientes y mejorar la relación interpersonal. Los pacientes sujetos a este tratamiento mejoraron su estado emocional, redujeron el dolor e incrementaron su capacidad de control hasta por 15 meses, después de terminar este programa. De acuerdo con otro estudio

mencionado por Peñacoba Puente (2009), las ganancias obtenidas por el tratamiento TCC en el manejo del dolor, persistieron hasta 30 meses después.

### **Técnicas dentro de la terapia cognitivo-conductual**

Uno de los pilares principales de la terapia cognitivo conductual, es que el paciente esté consciente de los pasos a seguir durante el tratamiento y los logros que puede obtener. En muchas de las ocasiones, las personas referidas a tratamiento psicológico creen que su estado mental es el origen de sus síntomas (dolor).

Moix y Casado (2011), a través de diversas investigaciones realizadas en España, se dieron cuenta de que no existía un protocolo sistematizado de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual para pacientes con dolor crónico, por lo que diseñaron un programa de trabajo con el número de sesiones y actividades a realizar en cada una de ellas.

#### *1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual*

En la primera sesión se les explica que por lo general el dolor es el que altera el estado anímico y éste a su vez incrementa el dolor, creando un círculo vicioso. Para ello se les enseña la *teoría de la puerta*; se les dice que existe “una puerta” que permite el paso del dolor y que puede estar cerrada o abierta, dependiendo de las emociones, conductas o pensamientos que tengan. Cada paciente establece lo que abre o cierra esa puerta. La intención es que los pacientes entiendan la relación entre los aspectos psicológicos y el dolor y que la terapia se centra en los pensamientos, conductas y emociones que estimulan su malestar.

#### *2. Respiración y relajación*

En esta sesión se establece el círculo vicioso entre dolor y tensión. Es decir, el dolor genera tensión muscular y ésta produce más dolor. Por ello se resaltan los beneficios que brinda la relajación. Se les enseña de forma práctica la respiración abdominal a través de la técnica de relajación progresiva de Jacobson. Ésta consta de tres fases: Tensión-relajación cefalopodal, revisión mental de los grupos musculares y relajación mental. Entre las ventajas de esta técnica

destaca que no requiere imaginación o sugestión y que la relajación se da como resultado de la presión isométrica voluntaria (Megías Lizanco y Serrano Parra, 2018).

### *3. Manejo de la atención*

Es sabido que los procesos atencionales están implicados en la percepción del dolor, por ello se recurre nuevamente a la *teoría de la puerta* para enseñarle a los pacientes en qué forma la atención es un proceso controlable. Para ello se realizan diversos ejercicios que los hagan redireccionar su atención hacia estímulos externos, propioceptivos o imágenes mentales. Al término de la sesión, se establecerá la tarea de prestar atención con todos los sentidos a situaciones que ellos elijan (comer, vestirse, etc.).

### *4. Reestructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva busca identificar, evaluar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias falsas de los pensamientos de las personas. Las emociones también poseen un papel relevante en las conductas humanas por ello en la reestructuración cognitiva se trabaja con el aspecto emocional.

Se les explica a los pacientes que la realidad es subjetiva y que cada uno de nosotros vivimos distorsiones cognitivas al interpretar dicha realidad. Se destaca la importancia de estas interpretaciones en la producción de emociones y se enumeran las características de los pensamientos automáticos, con la intención de que los pacientes puedan identificarlos mediante la relación cognición-afecto-conducta, para que sean capaces de controlar los pensamientos negativos automáticos y sustituirlos por otros más válidos y funcionales (Alanís Esqueda y Ramírez Treviño, 2019).

### *5. Solución de problemas*

Se enseñan las distintas fases para la solución de problemas:

- Actitud
- Definición del problema

- Generación de soluciones
- Toma de decisiones
- Ejecución
- Verificación
- A nivel teórico se detallan las diferentes fases de la solución de problemas: la actitud, la definición del problema, la generación de soluciones, la toma de decisiones, y la ejecución y verificación.

En cada una de estas fases se señalan los errores que comúnmente cometemos y las formas más efectivas para evitarlos.

La práctica programada para esta sesión consiste en establecer un problema, preferiblemente típico en la vida de los pacientes con fibromialgia, con el objetivo de que se comprueben diferentes enfoques y estrategias con las que pueden solucionar un mismo conflicto.

#### *6. Manejo de emociones y asertividad*

En esta sesión se busca identificar las emociones desagradables (culpa, tristeza, ira, ansiedad, miedo, vergüenza) y comprender cómo es que se vinculan con el dolor y los síntomas de la fibromialgia que limitan su vida.

Se les pide que hagan una descripción de lo que sienten al realizar diferentes actividades con un dolor de espalda y que identifiquen la emoción en cada caso.

Posteriormente se les enseña el distanciamiento como una forma de manejar dichos estados emocionales.

En esta sesión también se aborda la asertividad, ya que la incompreensión es una de las quejas más comunes en los pacientes con este problema, pues el dolor afecta su comunicación con los demás.

Por ello se les enseña mediante un juego de roles los 3 pasos de la asertividad que son:

1. Sé directo y honesto, evita criticar
2. Evita utilizar un tono sarcástico o exagerado
3. Utiliza frases que se centren en ti mismo, por ejemplo: yo entiendo que tú quieres salir a pasear hoy, pero yo tengo mucho dolor en este momento, qué te parece si lo posponemos para mañana

#### *7. Valores y establecimiento de objetivos*

En muchas ocasiones el dolor implica un cambio radical en el estilo de vida; hay personas que han abandonado su trabajo, que no pueden convivir de manera habitual con su familia o que se han visto forzadas a abandonar actividades de esparcimiento. Lo anterior provoca una sensación de pérdida, es por ello, que esta técnica tiene como objetivo trabajar los valores vitales a través de la reflexión.

Para que estas introspecciones se reflejen en la vida del paciente, se les pide que establezcan objetivos concretos, que sean fáciles de llevar a cabo, los cuales deben enlistar. Por lo general el tiempo de la sesión no es suficiente, por ello deben terminar esta tarea en casa.

#### *8. Organización del tiempo y actividades reforzantes*

Aquí se enseñan diversas estrategias para organizar el tiempo, resaltando la necesidad de conservar momentos para actividades de ocio, ya que éstas suelen ser las primeras en desaparecer ante la sensación de falta de tiempo.

Para facilitar el trabajo se les presenta un listado de diversas actividades con la intención de que identifiquen cuáles les gustaría realizar y empiecen a planificar cómo incluirlas en su vida diaria.

#### *9. Ejercicio físico; higiene postural y del sueño; y prevención de recaídas*

Se resalta la importancia del ejercicio físico, la higiene postural y el sueño, como factores para aminorar el dolor y la ansiedad y se brinda una serie de recomendaciones que se discute en grupo.

Es común que durante las sesiones los pacientes sientan mejoría, la cual podría desaparecer al término de éstas; por ello es necesario explicar las señales de recaída y cómo proceder ante ellas (Moix y Casado, 2011).

De acuerdo con Parra Delgado (2011) de los tratamientos multimodales controlados para el manejo de la fibromialgia, el que incluye ejercicio, terapia cognitiva conductual y la educación al paciente es el que produce mejores resultados en la reducción de los síntomas de la fibromialgia.

Actualmente, se considera la inclusión de los modelos de la tercera ola, como parte del tratamiento. Entre dichos modelos se encuentran la terapia Mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso, que se revisarán más adelante.

### Tabla 21

*Estudio: Efectos Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en FM*

<b>Autor/año</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados (estimador numérico o narrativo)</b>	<b>Comentarios</b>
Bernardy et al. (2013)  <b>Tema</b> Terapia cognitivo conductual (TCC) en FM <b>Diseño</b> RS Cochrane <b>Patrocinador</b> No	<b>Fecha de búsqueda</b> Febrero 2013  <b>Bases de datos</b> CENTRAL, MEDLINE, PsycINFO, SCOPUS y los registros clinicaltrials.gov e ICTRP	<b>Criterios inclusión</b> ECA Criterios de FM según Häuser 2010, Smythe 1981, Wolfe 1990, Wolfe 2010, Yunus 1981.	La TCC fue superior comparado con control en: <b>-Dolor</b> (DMS 0,29; IC95% - 0,49 a -0,17; una reducción de 0,5 puntos en una escala de 0 a 10 al final de tratamiento y de 0,6 puntos a largo	La TCC mostró un pequeño beneficio incremental comparado con control al reducir dolor, estado de ánimo negativo y discapacidad al final del tratamiento (aproximadamente 12 semanas) y a largo plazo

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
AMSTAR 11/11	<p><b>Nº de estudios incluidos</b> 23 ECA</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> TCC comparado con controles.</p> <p>No se incluyeron los ECA donde la TCC se administró de forma combinada con otra intervención activa.</p>	<p><b>Criterios de exclusión</b> -</p> <p><b>(n)</b> 2.031</p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Sexo</b> Mayoría mujeres (10 estudios 100% mujeres)</p> <p><b>Pacientes</b></p>	<p>plazo (mediana 6 meses) (DMS - 0,40; IC95% - 0,62 a -0,17) DS</p> <p><b>- Discapacidad</b> (DMS - 0,30; IC95% -0,51 a - 0,08; una reducción de 0,7 puntos en una escala de 0 a 100 al final de tratamiento y de 1,2 puntos a largo plazo (mediana 6 meses) (DMS - 0,52; IC95% - 0,86 a -0,18) DS</p> <p>No hubo diferencias en la tasa de abandonos: (RR 0,94; IC95% 0,65 a 1,35). NS</p>	<p>(aproximadamente 6 meses). La evidencia es de baja calidad (GRADE).</p> <p>La tasa de abandonos no fue diferente entre los grupos. Los efectos positivos al final del tratamiento se observaron en la modalidad de TCC cara a cara, no vía internet o telefónica, así como cuando el grupo control no contenía una intervención activa como, por ejemplo, ejercicio aeróbico.</p> <p>En los estudios que incluían pacientes con ansiedad y depresión, sólo se observó un efecto positivo sobre el estado de ánimo, pero no en el dolor o la discapacidad al final del tratamiento.</p>

*Nota.* DS: Diferencias significativas NS: No significativas DMS: Diferencia mínima significativa. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. GRADE: (Grading the Quality of Evidence and the Assessment of Recommendations) Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 22), por Bernardy et al., 2013, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

## **Modelos de la Tercera Ola**

Las terapias contextuales o modelos de tercera ola brindan una nueva perspectiva sobre la conceptualización y tratamiento de los trastornos mentales. Esta visión incluye un análisis del contexto y las relaciones con el malestar psicológico. Álvarez García (2019) destaca que esta nueva ola de terapias abandona el modelo médico para considerar un modelo contextual que analiza el vínculo entre el padecimiento y el contexto en el que se desarrolla.

Su propuesta es afrontar los problemas de la mente y el comportamiento humano desde el contexto y no desde la sintomatología. A continuación, se exponen dos modelos de dicha ola: Terapia de Aceptación y Compromiso, y Mindfulness.

### ***Terapia de Aceptación y Compromiso***

La terapia de aceptación y compromiso surge en la década de los 90 con el desarrollo de la Teoría de los Marcos Relacionales [TMR] que establece que a través del análisis de los valores de la persona es como se podrá comprender el significado y función que el sujeto le atribuye a cada circunstancia ambiental que en suma explican su comportamiento.

En la Terapia de Aceptación y Compromiso [TAC] no se busca cambiar los patrones erróneos de pensamiento o aminorar el malestar emocional, en realidad su objetivo principal es que la persona aprenda a sobrellevar dicha incomodidad y alcanzar ciertas metas específicas.

El plan de trabajo de la TAC consta de 6 etapas, cada una con objetivos particulares, por ende, con técnicas e intervenciones específicas. Las fases son:

1. Desesperanza Creativa
2. El control es el problema y no la solución
3. Construyendo la Aceptación
4. El Yo como contexto
5. Valorando
6. Estar Dispuesto y el Compromiso

Lo que se pretende con este trabajo terapéutico es generar un cambio conductual con relación al contexto en el que habita el paciente (Álvarez García, 2019).

### ***Mindfulness***

El Mindfulness es un término que hace referencia a la atención y conciencia plena. Su filosofía se centra en vivir el presente de una forma atenta sin prejuicios ni interpretaciones, es decir pretende que se acepte la realidad tal como es. Por ello, para algunas personas se trata de otra forma de la terapia de aceptación y compromiso.

Es una técnica de focalización de la atención, ya que se apoya en la atención de estímulos internos o externos. El trabajo con pacientes que padecen dolor crónico, como es el caso de la fibromialgia, se fundamenta en la aceptación del dolor, la reducción de la evitación y por ende el incremento del control sobre sus procesos atencionales, asociados a la percepción del mismo. Se ha observado que quienes practican el mindfulness refieren menos dolor y poseen una mayor calidad de vida con menos emociones negativas (Vásquez-Dextre, 2016).

De acuerdo con Parra Delgado (2011) la terapia cognitiva basada en mindfulness se trata de un programa de intervención grupal con técnicas de reestructuración cognitiva, establecidos en el programa de reducción del estrés, que se aplicó a una muestra de 34 sujetos (33 mujeres, 1 hombre) y dio como resultado que se puede disminuir el grado de incapacidad generado por la fibromialgia, que mejora de manera significativa los síntomas de la depresión y ansiedad. Los sujetos de dicho estudio mostraron una sensible mejoría en los campos de Salud Mental a partir de elementos como: ansiedad, control de la conducta, depresión y bienestar.

La realización de mindfulness no mejoró la intensidad de dolor corporal, pero sí modificó la relación de los pacientes con la intensidad del dolor, aún después de 3 meses de terminar la intervención.

## ***Escritura emocional***

El máximo representante de la escritura emocional es Pennebaker, quien en 1986 realizó su primer estudio donde demostró que los sujetos que describían su trauma (el suceso y las emociones que lo acompañaron) requerían un menor número de consultas médicas con relación al grupo control.

La técnica de escritura expresiva se ha utilizado en pacientes con depresión, estrés, ansiedad, adicciones e incluso en situaciones consideradas como no patológicas como el desempleo. Esta técnica implica que la persona se dedique a escribir entre 15 y 30 minutos por día, varias veces a la semana, sobre su experiencia traumática o su conflicto. En este escrito debe expresar sus pensamientos y emociones más profundas en primera persona de forma espontánea y anónima.

En América Latina Mónica Bruder plantea la escritura de un cuento como herramienta de intervención psicoanalítica; esta técnica, además, cuenta con un origen en la Psicología Positiva que destaca los aspectos positivos y saludables de las personas y no se centra en lo patológico.

A partir del giro lingüístico y narrativo, se ha entendido que existen diferencias significativas entre el ciclo del habla y el de la escritura explicados desde diversas teorías y autores como Piaget y Vigotsky. En general se sostiene que el lenguaje escrito implica el desarrollo de reglas más estrictas y habilidades más complejas que el lenguaje oral (Roll López, 2015).

## ***Hipnosis***

Hoy en día las principales asociaciones de hipnosis integran en su esquema de trabajo la definición propuesta por la división 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la APA, que podríamos resumir como: “un conjunto de procedimientos que a través de sugerencias

consiguen cambios en la experiencia subjetiva (alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta)” (Moix y Casado, 2011, p. 43).

La utilización de la hipnosis en la fibromialgia se fundamenta en la idea de que ésta se origina en un fenómeno psicosocial, en el que emociones, pensamientos y conductas poseen un papel estratégico. Es decir, se sugiere el uso de la hipnosis como una técnica útil en el tratamiento de dicho síndrome, ya que genera un cambio en la forma de actuar de las personas, se estimulan modificaciones en la manera de pensar y por ende las pacientes modifican su rutina diaria y la manera en la que viven el síndrome (Hawkins, 2001, como se citó en Moix y Casado, 2011).

Por otro lado, Martín Carbonell (2017) destaca que la analgesia hipnótica implica una reducción del dolor sensorial y del malestar que se asocia a éste. Por ejemplo, en cuanto a los receptores periféricos se sabe que la hipnosis permite reducir la inflamación, modifica la vasodilatación y mejora el proceso de cicatrización. Lo anterior se asocia a que a nivel de médula ósea la hipnosis interfiere en la transmisión de información nociceptiva a la corteza cerebral. Este fenómeno se ha observado mediante la realización de estudios a través de resonancia magnética computarizada y tomografía por emisión de positrones en el momento de las sugerencias, y se observó que se modifican las correspondientes áreas cerebrales.

En el 2015 se demostró en un estudio realizado con mujeres, que la hipoalgesia hipnótica se asocia con la actividad reducida de los componentes de los potenciales evocados n140 y p200, mientras que la hiperalgesia hipnótica se vincula con el incremento de dichos componentes.

A su vez, Moix y Casado (2011) señalan que la hipnosis puede emplearse de manera aislada o incorporarse a otras terapias como estrategia para incrementar los resultados de las mismas. Se cree que la hipnosis puede ayudar a disminuir la ansiedad y con ello el dolor; además se piensa que puede constituirse como un mecanismo mediante el cual el paciente se

concentre en algún estímulo diferente a la sensación de dolor. Puede modificar las creencias del paciente y por lo tanto funcionar mediante un efecto placebo, es decir, existen diversos mecanismos a través de los cuales puede favorecer la reducción del dolor.

**Tabla 22**

*Estudio: Efectos terapia mente cuerpo en FM*

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
<p>Theadom et al. (2015)</p> <p><b>Tema</b> Terapia mente cuerpo en FM</p> <p><b>Diseño</b> RS</p> <p><b>Patrocinador</b> No</p> <p><b>AMSTAR</b> 11/11</p>	<p><b>Fecha de búsqueda</b> Octubre 2013</p> <p>Bases de datos (CENTRAL), MEDLINE (Ovid), EMBASE (Ovid), PsycINFO (Ovid), AMED (EBSCO) and CINAHL (Ovid)</p> <p><b>Nº de estudios incluidos</b> 61</p> <p><b>Intervenciones evaluadas</b> Terapias mente cuerpo vs cuidados habituales u otra intervención.</p>	<p><b>Criterios inclusión</b> ECA ≥18 años Criterios FM ACR 1990</p> <p><b>Criterios de exclusión</b></p> <p><b>Pacientes (n)</b> 4.234</p> <p><b>Edad</b> -</p> <p><b>Sexo</b> Predominio de mujeres</p>	<p>Los ECA disponibles son en general de baja calidad. <b>Terapias psicológicas (TCC) vs cuidados habituales</b></p> <p><b>Función física</b> (DMS -0,4, IC95% -0,6 a -0,3; cambio absoluto de -7,5%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 100). DS (baja calidad) <b>Dolor</b> (DMS -0,3, IC95% -0,5 a -0,2; cambio absoluto de -3,5%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 100). DS (baja calidad) <b>Humor</b> (DMS -0,5, IC95% -0,6 a -0,3; cambio absoluto de -4,8%, un cambio de 3 puntos en una escala de 20 a 80). DS (baja calidad) Hubo más abandonos en el grupo de Terapia psicológica vs cuidados habituales (RR 1,38, IC95% 1,12 a 1,69; una diferencia absoluta de 6%). DS (muy baja calidad) Efectos adversos de la Terapia psicológica vs grupo control (RR 0,38, IC95% 0,06 a 2,50; diferencia absoluta de -4%). NS</p>	<p>Las terapias psicológicas (TCC) pueden ser efectivas para mejorar la función física, el dolor y la baja autoestima en pacientes con FM, en comparación con control habitual, pero la calidad de la evidencia es baja. Se necesitan más estudios para determinar si estos efectos positivos identificados son sostenidos en el tiempo. La efectividad del biofeedback, mindfulness, terapia de movimiento y de relajación es incierta por causa de la calidad baja o muy baja de la evidencia.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
	<p><b>Categorías</b>  -Terapias psicológicas (terapia cognitiva conductual, aproximación psicoanalítica y humanística) - Biofeedback  -Terapias de meditación (mindfulness)  -Terapias de movimiento (yoga, tai chi, qi-gong). -Terapias basadas en la relajación (técnicas de respiración, de imágenes visuales, relajación muscular progresiva)</p>		<p><b>Biofeedback vs cuidados habituales</b>  Función física (DMS -0,1, IC95% -0,4 a 3; cambio absoluto de -1.2%, un cambio de 1 punto en una escala de 0 a 100). NS (muy baja calidad) <b>Dolor</b> (DMS -2,6, IC95% -91,3 a 86,1; cambio absoluto de -2,6%). NS (muy baja calidad) <b>Humor</b> (DMS 0,1, IC95% -0,3 a 0,5; cambio absoluto de 1,9%, un cambio de menos de 1 punto en una escala de 0 a 90) post-intervención. NS (muy baja calidad)  Hubo más abandonos en el grupo biofeedback (RR 4,08, IC95% 1,43 a 11,62, diferencia absoluta de 20%).  No hubo efectos adversos. El biofeedback tiene muy poco o ningún efecto. Muy baja calidad de la evidencia.</p> <p><b>Meditación (mindfulness) vs cuidados habituales</b>  <b>Función física</b> (DMS -0,3, IC95% -0,6 a 0,1; cambio absoluto de -4,8%, un cambio de 4 puntos en una escala de 0 a 100). DS  <b>Dolor</b> (DMS -0,1, IC95% -0,4 a 0,3; cambio absoluto de -1,3%, un cambio de menos de 1 punto en una escala de 0 a 10). NS (baja calidad)</p>	<p>El número limitado de estudios disponibles y el uso inconsistente de las variables de resultado entre los estudios limita el análisis.</p>

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			<p><b>Humor</b> (DMS -0,2, IC95% -0,5 a 0,0; cambio absoluto de -3,7%, un cambio de 2 puntos en una escala de 20 a 80). NS (moderada calidad)</p> <p><b>Abandonos</b> (RR 1,07, IC95% 0,67 a 1,72; diferencia absoluta de 2% entre los grupos post-intervención. NS La calidad de la evidencia es muy baja para dolor y moderada para humor y abandonos. No hubo efectos adversos.</p> <p><b>Terapia de movimientos vs control habitual Dolor</b> (DM -2,3, IC95% -4,2 a -0,4; cambio absoluto de -23%). DS (baja calidad)</p> <p><b>Humor</b> (DM -9,8, IC95% -18,5 a -1,2; cambio absoluto de -16,4%). DS (baja calidad)</p> <p><b>Función física</b> (DMS -0,2, IC95% -0,5 a 0,2; cambio absoluto de -3,4%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 100). NS (baja calidad)</p> <p><b>Abandonos</b> (RR 1,95, IC95% 1,13 a 3,38; diferencia absoluta de 11%). DS (baja calidad)</p> <p><b>Efectos adversos</b> (RR 4,62, IC95% 0,23 a 93,92; diferencia absoluta de 4%). NS (baja calidad)</p>	

Autor/año	Intervenciones	Población	Resultados (estimador numérico o narrativo)	Comentarios
			<p><b>Terapia de relajación vs control habitual Dolor</b>  (DMS -1,0, IC95% -1,6 a -0,5; cambio absoluto de -3,5%, un cambio de 2 puntos en una escala de 0 a 78).  DS (baja calidad)</p> <p><b>Función física</b> (DMS -8,3, IC95% -10,1 a -6,5; cambio absoluto de -10.4%).  DS (baja calidad)</p> <p><b>Humor</b> (DMS -4,4, IC95% -14,5 a 5,6; cambio absoluto de -7,4%). NS (baja calidad)</p> <p>No hubo diferencias en la tasa de abandonos ni en los efectos adversos</p>	

*Nota.* DS: Diferencias significativas NS: No significativas DMS: Diferencia mínima significativa. IC: Intervalo de confianza. RR: Riesgo relativo. DM: Diferencia media. Adaptado de *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*, (p. 19), por Theadom et al., 2015, como se citó en Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2017).

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

Como se ha visto, la mayoría de las terapias psicológicas mencionadas pretenden ayudar a los pacientes con fibromialgia a controlar los elementos emocionales de este síndrome, por ejemplo, la depresión y la ansiedad; aspectos cognitivos (la percepción que tienen respecto a la enfermedad y el dolor), y principios conductuales-sociales, que pudieran intensificar su

padecimiento. Se pretende que el paciente cambie las creencias que tiene con relación a la enfermedad y aprenda estrategias de afrontamiento para mejorar su respuesta ante el dolor y otras manifestaciones clínicas. Sin embargo, estas técnicas sólo persiguen disminuir los síntomas sin llegar al origen de estos.

Cabe señalar que todos los tratamientos revisados en el presente capítulo conllevan un mismo fin: disminuir los síntomas, pero no curar el síndrome. Pues hasta ahora no existe ninguna opción que haga más que paliar las quejas de aquéllos con fibromialgia.

De acuerdo con Carveth y Hantman Carveth (2007) la fibromialgia y otros síndromes somáticos encuadran con la descripción de la histeria, (*belle indifférence*, ganancias secundarias, dramatización, poca tolerancia, adjudicar el sufrimiento a eventos extraordinarios de su acontecer, este tema se revisará más adelante) sin decir que son sinónimos. Sin embargo, la sintomatología ha vivido transformaciones culturales. Además, estos autores señalan que los pacientes refieren que los síntomas pueden conllevar una protección por parte de los profesionales de la salud y del entorno sociocultural.

Según esa perspectiva, las teorías del aprendizaje explican cuál es el mecanismo de instalación y mantenimiento de los síntomas. Para poder explicar esto, es necesario considerar a la fibromialgia como un padecimiento que posee tanto un componente biológico como psicológico, ya mencionado anteriormente.

Dentro del organismo se afectan mutuamente los elementos biológicos y emocionales de forma constante. De acuerdo con una investigación realizada por Worrel et al. (2001); se observó que, si bien es cierto que el antecedente de una historia de depresión no predijo el éxito del tratamiento, sí se generó una asociación entre historia de depresión y un alto nivel de discapacidad por fibromialgia. Además, la vulnerabilidad de los pacientes deprimidos para el estrés se ha relacionado con el eje hipófisis pituitario adrenal y con estar en riesgo de generar un reflejo hipofuncional del simpático.

Respecto al dolor, algo que comúnmente se recomienda es el descanso, lo que genera una pérdida de condición ante la actividad física. Dicha situación puede generar en el paciente, de forma inadvertida, una confusión entre dolor y daño por lo que puede desconectarse de forma excesiva, dejando que su dolor sea el que le guíe. Lo anterior provoca dolor y sufrimiento al paciente que se asocian más a un desconocimiento que a la misma nocicepción.

De acuerdo con un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Barrera Villalpando et al. (2005), las pacientes que se relajaban de forma pasiva referían mayores niveles de dolor, es decir, el dolor se evoca ante descanso pasivo.

Por otro lado, las pacientes que se mantienen activas y en roles que les parecen satisfactorios refieren menor dolor y molestia (descanso activo). Lo que implica que la evaluación del dolor debe considerar el estado de ánimo del paciente y la forma de afrontamiento de los síntomas, así como la respuesta de las personas que les rodean, (familia, médico, trabajo), es por ello que se requiere de un modelo integrador que atienda no sólo el daño y que contemple factores psicosociales, conductuales y psicológicos: estado de ánimo, interpretación de los síntomas, expectativas sobre el significado de los síntomas, respuestas ante ellos, respuesta de otras personas sobre el significado de los síntomas del paciente.

Se debe considerar que particularmente el dolor crónico afecta el funcionamiento emocional, social, familiar, ocupacional y físico de una persona; cada uno de estos factores interactúa con la entrada sensorial y el proceso del Sistema Nervioso Central para crear la experiencia y el dolor mismo.

En el siguiente capítulo se hablará del enfoque psicoanalítico como otra opción de tratamiento para los pacientes con fibromialgia, con la intención de mirar los síntomas desde otra perspectiva, sin que ello implique descartar las otras opciones, por el contrario, como una forma de dar voz, en el discurso, a los síntomas que ya viven en el cuerpo de quienes padecen SFM.

### **CAPÍTULO 3 La mirada psicoanalítica en la fibromialgia**

"La mayoría de los hombres viven en un infierno, no en el otro mundo, sino aquí, en la tierra ... Mis conocimientos, mis teorías y mis métodos tienen como objetivo hacer conscientes de este infierno a los hombres para que puedan librarse de él" (Freud, como se citó en Jacoby, 1977, p. 173).

Para entender desde la visión psicoanalítica a la fibromialgia y a quienes la padecen, es necesario comenzar por acercarnos a dicho enfoque teórico; conocer sus orígenes y propuestas de análisis. Así pues, desde esta perspectiva es de suma importancia entender qué es el síntoma, su origen, arraigo e implicación en la vida, lo cual está en relación con la estructura de personalidad que posea el sujeto.

Freud (1911-1913/1986) estableció que los síntomas histéricos son recuerdos de experiencias que han causado gran impresión y generan consecuencias, incluso afectaciones físicas en la persona. Esto no significa que los síntomas se finjan, ya que, por lo general, su origen es desconocido para el mismo paciente; por ello en el método psicoanalítico la asociación libre y la transferencia son fundamentales para brindar un acercamiento al inconsciente del analizante, todo lo anterior se desarrollará a lo largo del capítulo.

#### **1.- Origen del psicoanálisis**

En 1880 Paul Briquet (1796-1881) en el Hôpital de la Charité, analizó a diversos pacientes internados por crisis nerviosas, que presentaban estados de ánimo cambiantes, con síntomas vagos, variados e incontrolables. A este comportamiento lo denominó "histeria". Este cuadro se caracterizaba por la aparición de síntomas médicos inexplicables que mostraban un proceso crónico y no presentaban los ataques paroxísticos descritos por Charcot en su propia definición de histeria. Para Briquet sí era posible la existencia de la histeria masculina, aunque con menor frecuencia (Barrera Villalpando et al., 2005). Con lo anterior se demuestra la existencia de diversas visiones de los especialistas con respecto a un mismo padecimiento y sus síntomas,

particularmente al tratarse de una nueva investigación respecto a la histeria, sus causas y síntomas desde la perspectiva de un método en surgimiento, como sería el psicoanálisis.

Samat (2006) menciona que Freud introdujo la palabra "psicoanálisis" por primera vez en un artículo de 1896 escrito en francés, *L'hérédité et l'étiologie des nevroses*; en alemán Psychoanalyse, que figura por primera vez en 1896 en *Nuevas observaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa*.

Sin embargo, de acuerdo con Freud (1923-1925/1984) el psicoanálisis como teoría, nació con el siglo XX, en la obra "*La interpretación de los Sueños*", publicada en 1900. En su origen, el psicoanálisis buscaba comprender la naturaleza de las enfermedades nerviosas, también denominadas «funcionales», con la intención de encontrar un tratamiento para éstas. Hasta ese momento los neurólogos se centraban únicamente en aspectos físico-químicos y anátomo-patológicos y no consideraban relevante la parte psíquica en dichas enfermedades, por lo que la relegaban a los filósofos, místicos y curanderos, ya que la psique no era considerada digna de un estudio científico.

Al tornar la mirada sobre dichos padecimientos se pudo llegar en primer lugar al entendimiento de que diversas alteraciones corporales, incluso las más llamativas, podrían ser resultado de cuestiones meramente anímicas impulsadas por uno mismo; en segundo lugar, tras los cambios observados en los sujetos sometidos a hipnosis, se pudo demostrar de forma más clara la implicación de los procesos anímicos en los padecimientos, siempre de forma involuntaria para el paciente, por lo que se les denominó "inconscientes".

El concepto teórico de "inconsciente" se venía revisando desde mucho tiempo atrás por parte de los filósofos, sin embargo, a partir de los fenómenos observados en la hipnosis, el inconsciente se convirtió en algo evidente y objeto de investigación ya que mostraba múltiples semejanzas con exteriorizaciones neuróticas, es decir síntomas.

Freud (1923-1925/1984), mencionó que una característica común de los síntomas es que éstos tenían su origen en situaciones en las que el sujeto había reprimido, por alguna razón, una acción motivada por un impulso; es a partir de dichas acciones restringidas que aparecían los síntomas (histéricos).

Desde la etiología de dichos síntomas, es que Freud (1923-1925/1984) empezó a centrarse en la afectividad y el juego de las fuerzas anímicas, a lo que denominó: dinamismo. Entendiendo que: “el síntoma histérico se generaba cuando el afecto de un proceso anímico de intensa investidura afectiva era esforzado afuera del procesamiento consciente normal y, así, empujado por una vía falsa” (p. 206). Es decir, cuando existe un deseo doloroso o intolerable constituyente de una alta carga emotiva, no puede realizarse o siquiera ser nombrado, lo que genera vías alternas para hacerse notar en el sujeto mediante dolor o parestesias (por mencionar), convirtiéndose en lo que se denomina síntoma.

En esta teoría Freud (1923-1925/1984) señaló la idea de que lo anímico no coincide con lo consciente, al contrario; los procesos anímicos son en sí mismos inconscientes y sólo se hacen conscientes mediante la operación de elementos particulares (instancias: Ello, Yo, Superyo; sistemas: Consciente, Inconsciente; Preconsciente).

De acuerdo con Braunstein et al. (1982):

A partir del nacimiento y apoyándose, apuntalándose, en la satisfacción de las necesidades corporales instintivas, se va edificando un nuevo mundo que ya no es del orden biológico. El cumplimiento del acto que satisface la necesidad da origen a una experiencia placentera. (...) El orden de la necesidad, estudiado por la biología, se separa del orden del *deseo*, estudiado por el psicoanálisis. (...) El movimiento del ser hacia el objeto del deseo, no es ya el movimiento muscular exterior, la acción se exterioriza,

el objeto real es reemplazado por *el objeto fantaseado*, el instinto ha abierto el camino a las *pulsiones* y ellas otorgan una fuerza, una energía al deseo. Estos conceptos fundantes de la realidad de lo psíquico son inconscientes. La conciencia aparece bastante después, de un modo secundario y como una función tardía del reconocimiento del mundo exterior (pp. 31 y 32).

Autores como Braunstein et al. (1982) y Sánchez Domínguez (2018) señalan que con el pasar de los años, el psicoanálisis se ha constituido como una ciencia que estudia lo “psíquico inconsciente” que, en realidad, surgió como un proyecto que buscaba dar respuesta a una demanda de los pacientes que exigían una “cura” a una carencia. Sin embargo, en ese tiempo de acuerdo con los instrumentos conceptuales y técnicas existentes, dicha “cura” se tornaba inalcanzable.

Bajo esta perspectiva es que Freud fue realizando diversos intentos de elaboración teórica con la intención de dar respuesta a los fenómenos complejos que enfrentaba en su trabajo clínico a partir de lo contingente en sus pacientes.

De tal forma que sus modelos implican la aplicación del recurso de la ciencia consolidada de su época, importando instrumentos de la física y la biología. La ruptura epistemológica instituye la práctica científica con su objeto de conocimiento, sus procedimientos de elaboración teórica y técnica y sus objetos teóricos, es decir, su teoría.

A medida que el neurólogo Sigmund Freud avanzaba en su trabajo fue capaz de formular un cuerpo teórico riguroso y con el tiempo desarrolló un método para estudiar los procesos psíquicos inaccesibles por otras vías.

Todos los conceptos de la elaboración teórica del psicoanálisis son caracterizados por su abstracción, articulación y relaciones, como: inconsciente, aparato psíquico, represión,

etcétera. Muchos de estos conceptos son preexistentes al psicoanálisis, pero es a partir de éste que han adquirido una resignificación.

Santamaría Ambriz (2002), señala que el psicoanálisis constituye, al mismo tiempo, un instrumento de investigación, una forma de tratamiento de alteraciones emocionales y una teoría psicológica, aspectos que mantienen una triada inseparable. Para ello Freud generó un método específico que permitiera conocer y analizar el inconsciente de la persona. Con lo anterior se sentaron las bases que hasta hoy en día permiten que mientras se utiliza el método como proceso de investigación en cada caso, se genera la “cura” en el analizante y la teoría permanece vigente. En el siguiente apartado se desarrolla dicho método psicoanalítico.

### **Método psicoanalítico**

El primer gran cambio que estableció Freud (1923-1925/1984) en el método psicoanalítico fue el de abandonar por completo la hipnosis para dar paso a lo que denominaría “asociación libre”, la cual llevaría por objetivo lograr que los enfermos fueran capaces de renunciar a las reflexiones conscientes que habían elaborado previamente; generando un espacio de calma y concentración que permitiera expresar las ocurrencias espontáneas e involuntarias que les surgían en ese momento.

El proceso establecía que debían comunicar al médico todo aquel pensamiento que cruzara por su mente, sin importar si les parecía desagradable, absurdo o sin relevancia.

Freud demostró a lo largo de su trabajo que en realidad no se trataba de asociaciones completamente libres, es decir, que tras sofocar el pensamiento consciente saldría a flote el material inconsciente que existía en la persona sin que ella misma supiera. Para que esto ocurriera, estableció la asociación libre como la “regla analítica fundamental”, con lo obtenido a través de ésta, el médico adquiriría un material rico en ocurrencias que marcaban el camino en lo olvidado por el enfermo. Dichas pistas establecían suficientes indicaciones para que el médico fuera capaz de reconstruir lo olvidado con el apoyo de complementaciones e

interpretaciones. Gracias a este trabajo se pudo sustituir por completo a la hipnosis demostrando que lo olvidado patógeno debía luchar contra una resistencia permanente.

La apreciación de los fenómenos de la resistencia permitió establecer la teoría de la represión, la cual señala que las mismas fuerzas que en el presente se oponen a la conscientización del material patógeno, habían estado presentes en el evento significativo de origen. Así se llenaba una laguna en la etiología de los síntomas neuróticos. Las impresiones anímicas de las cuales los síntomas se habían constituido como sustitutos, no se habían olvidado sin un fundamento; ni como una incapacidad constitucional para la síntesis, sino que por el influjo de otras fuerzas anímicas se reprimieron, apartándose de la conciencia y de la memoria. Esa represión de las impresiones anímicas es la que provoca que devengan patógenas, mostrándose como síntomas. Así pues, los síntomas patológicos se mostraban como un sustituto de las satisfacciones prohibidas y la enfermedad parecía corresponder a un sometimiento imperfecto de lo inmoral en el ser humano.

Un ejemplo de lo anterior se puede observar en el caso de Elisabeth Von R. quien fue atendida por S. Freud (Breuer y Freud, 1893-1895/1985) tras vivir con fuertes dolores en ambas piernas, este malestar comenzó mientras cuidaba de su padre enfermo; pero, se hizo consciente en ella al pasar 2 años de la muerte del mismo, cuando la hermana de Elisabeth muere en el parto por complicaciones de sus afecciones cardíacas dejando al cuñado en una situación de viudez y libertad al mismo tiempo.

Es a través del tratamiento con Freud que Elisabeth mediante el habla se hace consciente de la fuente de su conversión histérica que generó el dolor de su pierna derecha, lugar donde su padre se apoyaba en ella; sin embargo Freud comenzó a detectar que en el caso de Elisabeth era igualmente importante lo no dicho, o la `resistencia` que mostraba ante determinados temas, específicamente su vínculo afectivo con su cuñado. En una sesión observó cómo al oír la voz de su cuñado Elisabeth sentía un fuerte dolor en la pierna izquierda.

De esta manera el médico se percató que en su paciente el cuñado era fuente de un conflicto de índole amorosa que se hizo evidente para ella misma cuando muere su hermana y ella piensa que él ha quedado libre. Ante esta situación Freud nota la existencia de una defensa frente a una representación inconciliable (Elisabeth había regalado a su cuñado una inclinación tierna para no admitir, por la carga moral, la dolorosa verdad de que amaba al esposo de su hermana) que implantó en ella el síntoma del dolor corporal ante cualquier posibilidad de saberse enamorada de su cuñado.

En este caso el mismo Freud señala que los dolores no se generaron mientras Elisabeth vivía esas primeras escenas sino posteriormente cuando ella reprodujo esas impresiones en sus pensamientos, la conversión se da no por las impresiones en el momento de su gestación, sino ante el recuerdo de las mismas. El conflicto entre el deseo y la carga moral de éste instaaura el síntoma que se esconde tras la resistencia al mismo deseo.

No toda vivencia o recuerdo constituye un trauma, de acuerdo con Pérez-Rincón (1998) si los traumas son patógenos, es porque el enfermo no ha logrado librarse de sus consecuencias emocionales, incluso si la persona no es capaz de evocar el evento traumático de origen, ello no evita que viva bajo los efectos que éste dejó en su vida. Lo que Pérez-Rincón sugiere, es que si se llega a encontrar ese recuerdo es como se puede curar el síntoma histérico, para ello es necesario desbloquear la representación a través del discurso.

Para llegar a dichos recuerdos y desarrollar la asociación libre mediante el psicoanálisis Freud (1923-1925/1984) estableció los siguientes factores como fundamentales de su teoría:

-Los conflictos entre las pulsiones y el yo. Estos conflictos se originan en el sujeto tanto en un desarrollo normal, como en uno de tipo patológico. Incluso aquellos que parecen oscuros y sin sentido son determinantes en la vida anímica del sujeto.

-El conflicto psíquico y la naturaleza patológica de la represión. Es decir, los síntomas patológicos se comprenden como satisfacciones sustitutivas de un deseo que no logra satisfacerse y se reprime.

-El entendimiento de la importancia etiológica de la vida sexual, en particular la sexualidad infantil que ayuda a la comprensión del sujeto y sus conflictos.

Cabe señalar que entre las actitudes afectivas de la infancia se destacó el vínculo de sentimientos con los padres, a lo que se denominó complejo de Edipo. A través de estas relaciones, se analizan los fenómenos de transferencia de sentimientos, con la intención de entender el núcleo de todos los casos de neurosis.

Vega (2015) menciona que Freud en 1910 formuló el término Complejo de Edipo y describe sus manifestaciones en la modalidad que ha de llamarse positiva (Freud, 1910):

Empieza a anhelar a su propia madre en el sentido recién adquirido y a odiar de nuevo al padre como un competidor que estorba ese deseo; en nuestra terminología: cae bajo el imperio del complejo de Edipo. No perdona a su madre, y lo considera una infidelidad, que no le haya regalado a él, sino al padre, el comercio sexual (p.164).

De acuerdo con este autor, también existe una modalidad negativa del Complejo de Edipo que consiste en deseos amorosos hacia el progenitor del mismo sexo.

No olvidemos que la tragedia griega de “Edipo Rey” de Sófocles, evidencia la parcialidad del saber y la construcción de la verdad. Edipo se enfrenta a una realidad que él mismo debe ir construyendo a lo largo de la trama (cosa similar ocurre al analizante que se “descubre a sí mismo” a lo largo de las sesiones). Al comienzo de la obra, Sófocles nos muestra a un Edipo arrogante y narcisista que se supone poseedor de “la verdad”, pero que se modifica al final y debe enfrentarse a la castración.

De acuerdo con Vega (2015), es a través de la correspondencia que Freud descubre la universalidad de los deseos incestuosos y hostiles. De tal forma que el 15 de octubre de 1897 le escribió a su amigo Fliess:

“...la poderosa influencia de Edipo Rey se vuelve inteligible (...) el mito griego explota una compulsión de cuya existencia todo el mundo reconoce haber sentido en sí mismo los indicios...” (p. 2).

Con lo anterior Freud señala que la historia de Edipo es algo universal, que se constituye como un esquema filogenético que se cubre con la propia experiencia, lo que da una singularidad al drama de cada sujeto.

Por otra parte, Freud (1911-1913/1986) señaló que el método psicoanalítico de indagación puede aplicarse tanto a la aclaración de fenómenos psíquicos normales como a la relación entre los productos anímicos patológicos, las estructuras normales, la interpretación de los sueños, las equivocaciones de la vida cotidiana, los chistes, los mitos y las creaciones artísticas. Posteriormente, el mismo Freud (1923-1925/1984), incluyó como elementos dignos de análisis a fenómenos como el olvido, los “errores” en el habla y la escritura, los extravíos y las operaciones fallidas.

Freud se dio cuenta de que los resultados terapéuticos obtenidos, estaban también en relación con el lazo personal entre analista y paciente, a lo cual denominó: **transferencia**, y le otorgó un estatuto de mayor poder que al de la labor catártica.

No se debe perder de vista, que la situación analítica es una situación de encuentro entre dos personas durante un periodo prolongado, donde una de ellas: el *analizando o paciente* debe transmitir todos sus pensamientos, ocurrencias y sensaciones sin limitaciones en el relato que hace al *analista o terapeuta*, quien, por lo general, se mantiene fuera de su campo.

También se puede observar que existe la **contratransferencia**, la cual se da cuando el analista reacciona de manera inconsciente al discurso o a la transferencia del analizante (Laplanche y Pontialis, 1967/1996).

De acuerdo con Braunstein et al. (1982), es necesario mantener una constancia en las condiciones de cada sesión o encuentro, esta rigurosidad es similar a la que exige el método experimental depurado. Existe **un objeto teórico** que es el *análisis*, y cuya meta es saber; otros elementos fundamentales son el *analizando* y el *analista*. Además, se cuenta con un **objetivo práctico**: la *cura*; a partir de la cual los implicados en dicho proceso adquieren el estatuto de paciente y terapeuta, jugando un doble rol.

A partir de lo expuesto y con base en Samat (2006) se establece que el psicoanálisis se debe comprender como el método fundado por Freud, el cual abarca tres niveles:

1) Se infiere como un procedimiento de investigación que observa la significación inconsciente de las palabras, actos, sueños, fantasías y delirios de una persona, principalmente a través de asociaciones libres.

2) Como una psicoterapia que es distinguida por la interpretación de la resistencia, la transferencia y el deseo.

3) Por último, como un grupo de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se ordena la información de la investigación y tratamiento.

## **2.- Una aproximación a la histeria y sus síntomas**

“La histérica habla permanentemente para no decir "eso" que le concierne y guarda como un tesoro, pero algo del deseo, de lo simbólico, del significante, hará eco en el cuerpo y permitirá leer lo que la conciencia quiere callar” (Barrio, 2006, p.177). Para Racamier como se citó en Barrera Villalpando et al. (2005) “el histérico no *hace* teatro, él *es* teatro; no es *un* actor, es actor, no *tiene* emociones, él *es* la emoción” (p. 34). Con esto el autor destaca que en la histeria no se vive una simulación, la emoción es lo que impera y gobierna a la persona. El

síntoma es la representación corpórea simbolizada de dicha emoción, desde el inconsciente, es decir no se trata de una somatización a voluntad de la persona.

Desde principios de siglo, Freud (1911-1913/1986) demostró que los síntomas histéricos son recuerdos de experiencias que han causado gran impresión y se han retirado de la conciencia y son definidos por las graves consecuencias de lo vivido. De acuerdo con esta idea, las expectativas terapéuticas establecían la eliminación de esa “represión”, de manera que una fracción de los elementos anímicos inconscientes se vuelva consciente, renunciando a su poder patógeno. Esta teoría psicoanalítica es dinámica, ya que estima los procesos anímicos como desplazamientos de energía psíquica, la cual se determina por la intensidad de su efecto sobre los componentes afectivos. En la histeria esto logra una gran significación y al surgir la “conversión” se instauran los síntomas, atravesando una cantidad de desplazamientos anímicos en inervaciones somáticas.

Como se ha explicado con anterioridad, el síntoma histérico se crea cuando el afecto de un proceso anímico de gran investidura afectiva es sacado del proceso consciente normal y empujado por una vía falsa, por lo que en la histeria se convierte en inervaciones corporales y al recordar la vivencia durante la hipnosis, puede ser dirigido de otra manera y resolverla (abreacción). A este procedimiento se le llamó “catarsis” (purificación, liberación del afecto estrangulado).

Pérez-Rincón (1998) menciona que la seducción en una personalidad histérica corresponde a la conducta de una niña pequeña, donde es más importante recibir atención, cuidados y protección que sexo.

Si nos detenemos a revisar este planteamiento de Pérez-Rincón coincide con lo escrito previamente con respecto a la postura que toma Freud en cuanto a la afectividad y el dinamismo que empujan a las vivencias de gran investidura afectiva a introyectarse en el cuerpo.

Casarotti (2006) menciona que la psiquiatría imperante a mediados del siglo XIX era una “neuropsiquiatría indiferenciada” donde la histeria era considerada como trastornos funcionales del Sistema Nervioso, lábiles, es decir, que pueden ser provocados, modificados, suprimidos: intencionalidad y artificialidad; raramente aislados y con una evolución irregular. Por su parte Pérez-Rincón (1998) señala que, a mediados del siglo XX, la psiquiatría definió las características de la personalidad histérica como: egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, pobreza y falsedad de afectos, erotización de las relaciones sociales, frigidez y dependencia afectiva. Este tipo de personalidad es especialmente intolerante al rechazo personal e invierte mucha energía tratando de encontrar la aprobación de los demás, descripción que coincide con la señalada un siglo antes.

Braunstein et al. (1982) establece que, para mantenernos vivos, es necesario apegarnos a las exigencias de la realidad, a pesar de que ello implique una insatisfacción o postergación del deseo (placer); dejamos de un lado lo primario, inconsciente, lo asociado al placer y, por otro lado, está lo secundario consciente, ligado al principio de realidad. Entre estas vertientes de la realidad psíquica, el conflicto es la mayor constante. Las pulsiones sexuales que se asocian al placer deben ser reprimidas, desplazadas, transformadas, negadas en su acceso a la satisfacción y a la descarga. La consciencia, secundaria a ellas, desconoce este proceso de deformación pulsional. La existencia tiende siempre en busca del placer y la satisfacción del deseo. El deseo se muestra en un escenario previo que es la familia, grupo que busca moldear y encauzar al deseo a partir de las necesidades del conjunto de la estructura social. No se puede ser la mujer perfecta en todo momento sin que ello genere un agotamiento, pero cansarse y decirlo es una forma de acabar con la perfección; así pues en este deseo de ser reconocida por el otro se entra en conflicto con la exigencia social de la mujer fuerte y emprendedora que logra ser autosuficiente, mientras persigue afectos y mimos del otro como sería en el caso de la histeria. Esta misma situación coincide con casos de mujeres con

fibromialgia que viven en un eterno dolor que les impide moverse y realizar sus actividades cotidianas y las obliga a pedir ayuda, cuando antes ellas solían ser el pilar de su grupo familiar o ser un sostén importantante en temas económicos, por ejemplo.

### **3.- El dolor entre el signo y síntoma**

El dolor es el síntoma principal de la fibromialgia, y en el caso de la psiquiatría, ésta se ocupa principalmente del origen y la consecuencia biológica de dicho síntoma, y no siempre se considera la importancia de su significado. Podríamos destacar que el síntoma es el deseo escondido en el sujeto, que se vincula mediante un lenguaje común entre la historia personal, familiar y cultural de éste. Una de las formas que ha utilizado la medicina para acercarse al sufrimiento humano implica la búsqueda constante de la objetividad, a través de escalas que permitan medir el grado de dolor, alejándose de la parte humana y subjetiva del mismo. Sin embargo, no podemos entender la enfermedad si lo primero que se pretende es borrar al enfermo, es decir, se requiere entender al síntoma desde las distintas esferas en las que cohabita con el sujeto que lo posee (biológica, histórica, social, cultural, familiar, laboral, etc.).

Para entender el síntoma, se requiere de la interpretación que realizan tanto el analizante como el analista, ya que contiene un sentido y significado particular en cada sujeto, resultado de las escenas y situaciones vividas de forma más o menos dramática o traumatizante y cómo el sujeto se las apropia.

Desviat (2010) señala que a partir de Freud se entiende que los síntomas expresan en un mismo tiempo lo que ha sido reprimido y lo que ha constituido la causa de la represión, de tal manera que los síntomas tienden unas veces a procurar satisfacción y otras a preservar al sujeto contra la misma. Este mismo autor señala que se debe recuperar una clínica integradora de los enfoques psicológico-dinámico, biológico y social, capaz de reconocer la diversidad del ser humano, y que le permita conservar su libertad e individualidad, sin perder de vista que el

síntoma se constituye como enfermedad de acuerdo con el imaginario colectivo; es la sociedad quien determina lo que es normal y lo que es patológico.

### **Síntoma conversivo en la histeria**

Hoy en día se entiende al síntoma como una representación de “algo más” (más que dolor, más que entumecimiento, más que disminución o alteración sensomotriz); digno de ser interpretado, esta perspectiva surgió a partir del trabajo clínico realizado por Freud en pacientes histéricas. Sólo a través de dicha interpretación, es alcanzable el significado del síntoma, tal como ocurre con otras formaciones del inconsciente como el sueño, desplazamiento, olvido, etc.

De tal manera que el síntoma, según Freud (1923-1925/ 1984), suple al YO en la insatisfacción pulsional convirtiéndose al mismo tiempo en un signo y un sustituto de la satisfacción pulsional que es reprimida por el YO mediante el SúperYo para limitar al ELLO. Así, el síntoma se hace permeable a la consciencia y se vincula con la pulsión de muerte en cuanto a deseo pulsional no satisfecho, creando un arraigo que limita la posibilidad de cura.

Freud observó en sus pacientes histéricas que el síntoma conversivo establecía conexiones asociativas con los síntomas corporales. El sujeto histérico no pudo descargar la energía psíquica ante una situación de carga afectiva importante, reprimiéndola y constituyéndose como un recuerdo traumático que se configura como la fuente del síntoma.

Entendemos que: “en la histeria la representación intolerable queda hecha inofensiva por la transformación de su magnitud de estímulo en excitaciones somáticas, proceso para el cual ponemos el nombre de conversión” (Freud, 1893-1899/1986, p. 50). Es con estos síntomas conversivos y su vinculación con lo que debemos trabajar a través del lenguaje, para poder acceder al evento traumático.

Esto mismo que Freud definió como síntoma (formación sustitutiva), de acuerdo con Saldías A. y Lora (2006) Lacan lo situó como producto del desplazamiento (lo que se desplaza es la energía) y de la condensación (representación de varias imágenes en una sola, sin la

movilización de la energía). El síntoma está ligado o sujetado como un elemento significante, pues desde su teoría el inconsciente está estructurado como lenguaje.

Un recuerdo o trauma de la infancia, no necesariamente se constituye como síntoma conversivo, para ello es necesario un segundo evento traumático que resignifique al primero. Freud estableció que el síntoma es una simbolización de un deseo inevitable y que se comprende como algo atrapado en el cuerpo que es incapaz de reconocerse mediante el lenguaje.

Para Laplanche y Pontalis (1967/1996) “la palabra conversión en Freud es una concepción *económica*: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación *simbólica*: tales síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas” (p. 85).

Es decir, que los síntomas son representaciones reprimidas del dolor psíquico, expresado en dolor físico. Según Freud (1923-1925/1984):

“...En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer* {umsetzen} a lo corporal la *suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*” (p.50).

Para Mazzuca et al. (2003), la parte del cuerpo donde se instala el síntoma es la zona erógena; la libido genera la excitación sexual en dicha zona y se fija ahí, expresando la carga de afecto relacionada con la pulsión, y el síntoma da respuesta al recuerdo patógeno que se revela en el cuerpo.

Saldías y Lora (2006), mencionan que para Lacan el síntoma conversivo es una metáfora en la que un significante reemplaza a otro. El síntoma conversivo está presente en un cuerpo que sufre, no se trata de una verdad; pero sí es un camino para llegar a ella. Su origen

es desconocido para el sujeto que lo posee. Se trata de un cuerpo biológico sufriente que se sostiene por lo simbólico.

Además, la conversión es un síntoma acompañado de queja, que mediante la escucha de otro que es el analista (en análisis) se logra entender la metáfora que implica. Es metáfora en tanto se puede sustituir su sentido y porque posee la capacidad de simbolizar, incluso aunque no sea a través de la palabra. El síntoma da cuenta del inconsciente, mientras que la conversión es el cuerpo del sujeto escindido por el síntoma y la queja es un alivio al sufrimiento. A partir de ello es que el cuerpo es un canal donde se manifiesta la simbolización de un mensaje que pretende satisfacer el deseo del otro.

Con la intención de darle un sentido a este síntoma, es que se sugiere acudir a un proceso psicoanalítico donde el lenguaje y la palabra serán el medio para descubrir lo que 'dice' el síntoma y se posibilite así la cura.

#### **4.- Fibromialgia. Una aproximación psicoanalítica**

De acuerdo con el psicoanalista Henríquez Garrido (2017), en el psicoanálisis el síntoma posee sentido no por su expresión manifiesta, sino por su contenido latente. De tal forma que sólo en la asociación libre del paciente se posibilita la construcción de un sentido para el propio analizante, de las manifestaciones con las que vive. Si se tratara de hacer una interpretación de los síntomas a partir de su contenido manifiesto, sin considerar el componente latente, se imposibilitaría entender su sentido y su origen; la expresión sintomática, entonces, quedaría sin explicación.

Henríquez Garrido (2017) señala que en el caso de las personas afectadas por un dolor generalizado en el cuerpo, como es la fibromialgia, generalmente sólo se escucha el elemento manifiesto (el dolor), pero no se atiende al contenido latente del discurso.

Así pues, cuando el psicoanalista escucha el discurso de un paciente con fibromialgia no interpreta la afección fenomenológica de su malestar, es decir, sus dolores variantes en

localización e intensidad; por el contrario, se interesa de lo que dice su dolencia, lo que expresa y no en el dolor mismo. Su atención no está en el dolor o molestia, sino en lo que ésta significa para el analizante.

Cabe señalar que un mismo síntoma, como es el caso del dolor, se origina por posiciones psíquicas diferentes dependiendo del sujeto. No existen dos personas cuyo sufrimiento sea el mismo y de la misma manera, aún cuando parezcan muy similares. Por ello averiguar el sentido del síntoma, dolor, en una persona sólo es posible en una relación analítica, es decir, mediante la transferencia.

Lo que cobra sentido es la utilización del síntoma que se lleva a cabo en el sujeto. Dicho de otra manera, el paciente no goza del síntoma como tal, sino de la posición que ocupa gracias a éste. Así, en el caso de la fibromialgia, el tratamiento paliativo del dolor es una parte relevante, pero poco funcional si no se consideran las fuentes psíquicas que dan pie al síntoma algógeno. Con esto no se intenta decir que por tratarse de un dolor psíquico sea menor o inexistente.

Barreda et al. (2016) destacan que la naturaleza económica del dolor físico es análoga a la del dolor psíquico. Cuando los exámenes médicos realizados al paciente afectado por fibromialgia no muestran lesión alguna que origine el dolor, tendríamos que considerar que se trata de un dolor psíquico. Sin decir que fibromialgia e histeria de conversión son necesariamente sinónimos; pero que pueden coexistir síntomas histéricos en dicho síndrome, como serían el dolor y el agotamiento. Tanto en los casos de histeria y fibromialgia se exigen por ser mujeres exitosas y líderes que sólo “se frenan” ante los síntomas mencionados, lo que las lleva a depender y perder su autonomía y requerir del cuidado y atención de otros.

Es por ello que, en el siguiente capítulo se habla de un conocido caso de histeria publicado por Sigmund Freud y atendido por Joseph Breuer. En éste se desarrolla la historia de Anna O., una joven mujer que vivió diversos trastornos cuya explicación y cura escaparon a los

métodos tradicionales de la medicina de esa época. Sin embargo, a través del *talking cure* pudo reconocer el origen de sus síntomas, los cuales una vez “evidenciados” desaparecían.

#### **CAPÍTULO 4 El reconocimiento de la histeria en un caso famoso**

A lo largo del presente capítulo se hablará del caso clínico de Anna O. presente en los casos reportados por Sigmund Freud en *Historiales clínicos* (1893-1895/1985); sin embargo, se trata de Bertha Pappenheim, paciente de Joseph Breuer y considerada la primera paciente con histeria de conversión atendida mediante el método psicoanalítico: “*cura por el habla*”.

Para comprender la evolución de su enfermedad y tratamiento se mencionarán aspectos relacionados con su niñez, educación y sociedad, correspondientes a su época. Breuer comenzó a tratarla mediante el naciente método psicoanalítico y ello derivó en la existencia de numerosas adversidades que se hicieron presentes en su atención y en este capítulo se alude a algunas de ellas, vividas tanto por la paciente, como por el médico tratante.

Se mencionan los aspectos que no se relatan en el caso citado por Freud, pero que se rescatan en textos de Kimball y Brentzel, y que son relevantes para entender el proceso que vivió Bertha en su recuperación y autoconstrucción, por ejemplo, el momento exacto en el que surgió la parálisis del brazo, dónde estaba y la forma en la que se instaló el síntoma; así como la evolución del *talking cure* o “limpia de chimenea”, como ella misma lo denominó.

## **UN POCO DE HISTORIA DE BERTHA EN LA HISTERIA DE ANNA O.**

El caso de Anna O. hace referencia a una paciente del doctor Josef Breuer y se trata de un pseudónimo para Bertha Pappenheim (1859-1936). En 1880, a la edad de 21 años, solicitó la atención de Breuer debido a un cuadro severo de tos, anemia, asco ante los alimentos, psicosis, parafasia, estrabismo, alteraciones en la visión, parálisis por contractura que afectaba a las cuatro extremidades, en menor medida a la superior izquierda, paresia en el cuello, entre otros síntomas que surgieron o se exacerbaron tras la muerte del padre.

Se sabe que los padres de Anna eran sanos, sin embargo, se les describe como personas “nerviosas” sin ahondar a qué se refiere y las implicaciones de este “nerviosismo” en su acontecer diario. El padre comenzó con problemas respiratorios que derivaron en una peripleuritis que lo llevó a la muerte. En este proceso de enfermedad y muerte, fue Anna quien se hizo cargo del cuidado de su progenitor y es justo cuando éste enferma que ella inicia con los síntomas señalados previamente.

De la relación padre-hija lo poco que sabemos es que ella lo “amaba con pasión” y por ello cuando éste enferma, la hija consagra su vida al cuidado de su padre por lo que su cansancio y debilitamiento, no fue considerado como relevante o extraordinario en un inicio.

A Anna O. se le describe como una mujer con capacidad intelectual que podría haber recibido alimento espiritual, pero que tuvo que abandonar la escuela, es importante señalar que no se especifican los motivos de esto, ni en qué grado académico sucedió, lo que se sabe es que su vida era monótona, lo que le permitía crear un “teatro privado”, es decir, la monotonía de su devenir favorecía el que creara constantes fantasías diurnas. Quizá un poco para matar el tiempo y otro tanto para construir una realidad que le fuera más agradable (Kimball, 2000).

Se menciona a la paciente como una persona insugestionable, con afinidad por la poesía y para convencerla era necesario emplear argumentos críticos y razonables; sin embargo, también era terca y vivía episodios de excesiva alegría y tristeza. Era considerada

una mujer de voluntad enérgica, capaz de cambiar de opinión sólo si era por amor a los demás, lo que la define como sumamente bondadosa.

Breuer menciona que el elemento sexual no estaba desarrollado, sin ahondar a qué se refiere con esta frase y dando posibilidades de interpretación.

Se sabe que el médico judío atendió a Anna O. de 1880 a 1882 (Breuer y Freud, 1893-1895/1985). De acuerdo con la biografía escrita por Albrecht Hirschmüller como se cita en Maldonado (2017), cabe la posibilidad de que Breuer fuera un conocido de la familia, quizá un médico de cabecera, o simplemente un reconocido miembro de la sociedad de Viena, particularmente del círculo judío. Para ese momento ya gozaba de prestigio como especialista en fisiología con estudios relacionados a la termorregulación y su vinculación con la respiración, la insuflación pulmonar y había descrito al oído como el centro del equilibrio.

### **LO QUE SÍ Y LO QUE NO SE DICE DE ANNA O. EN ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA**

Es en la primavera de 1880 cuando Anna comienza con una fuerte neuralgia del trigémino acompañada de espasmos faciales, en el verano de ese mismo año, su padre enferma de un absceso subpleural asociado a una tuberculosis que requirió de cirugía que implicó cuidados rigurosos, los cuales le brindaron Anna y su madre.

Maldonado (2017) destaca que en la espera del cirujano es cuando Anna presenta parálisis en el brazo derecho, asociada a la alucinación de una serpiente. Estos episodios comenzaron a hacerse más frecuentes y variados, y en cada uno de ellos desarrolló diversos síntomas, los cuales no siempre eran reconocidos por la familia. Algunos de éstos surgían en estados de “ausencia o ensoñaciones” por parte de Bertha.

En el caso descrito en “Estudios sobre la histeria”, se menciona que fue en noviembre de 1880 cuando consultaron a Breuer a causa de una tos presente en Pappenheim; el médico describió dicho padecimiento como “histérico” debido a su extraña etiología.

De acuerdo con Kimball (2000), Bertha nació el 27 de febrero de 1859, siendo la tercera hija del matrimonio; ella y su hermano Wilhelm, 18 meses menor que ella, fueron los únicos que lograron llegar a la edad adulta. Henriette, la hija mayor murió a los 18 años de tuberculosis o “tisis galopante” y Flora, la segunda hija, falleció de cólera a la edad de 2 años. Es decir, Flora falleció 4 años antes de que naciera Bertha y Henriette murió cuando Bertha tenía 8 años.

En la biografía de Bertha Pappenheim escrita por Brentzel (2004), se destaca el hecho de que el matrimonio de sus padres fue arreglado por cuestiones de herencia y economía, de acuerdo con lo dictado por la religión y la época. Lo cual corresponde a la crianza ortodoxa de ambos.

Ya como pareja, los padres de Bertha poseían un departamento y una tienda en una de las calles de los barrios más elegantes de Viena. Es en esa época cuando Strauss dirigía por primera vez el vals del Danubio y la mayoría de los representantes de la alta cultura tenían un origen judío. Bertha o Anna como hija de judíos ortodoxos, pertenecía a la élite cultural de Viena lo que le permitía el acceso a la más novedosa información cultural y científica.

La educación de Bertha se enfocó en aspectos religiosos y las tradiciones propias de los judíos ortodoxos, por ejemplo, hablaba yiddish, leía y escribía hebreo, conocía los rezos y tradiciones del calendario judío. Conocía los lineamientos para la preparación de la comida, así como los correspondientes rituales de higiene asociados a la menstruación.

De acuerdo con las expectativas propias a su estatus social, de los 6 a los 16 años estudió en una escuela católica privada, donde aprendió lenguas modernas, música y tejido, de tal forma que cuando egresó era docta en el inglés, italiano y francés; sin embargo, en Viena ya no había más oportunidades de estudio para las mujeres de ese momento. En la familia Pappenheim no era mal vista la formación de las mujeres por lo que Bertha era acompañada de la señorita Hoffman, una institutriz encargada de su educación en todos los aspectos, que la ayudaba a profundizar en sus conocimientos, pero desde que Bertha cumplió 14 años ya no

quiso la compañía de dicha institutriz, lo que significó el término de su educación formal. En cambio, la vida para su hermano Wilhelm revestía mayores oportunidades en el estudio y en el ámbito laboral.

A él se le permitió estudiar Derecho y por ser varón creció con la idea de que su hermana estaba para servirle por el hecho de ser mujer, por lo que la provocaba constantemente. Bertha tenía la idea de que sus padres deseaban un hijo varón cuando ella nació, y este pensamiento se reforzaba con las acciones de su hermano y las tradiciones judías (Kaplan, 1979).

Este hijo varón, como dictaba la tradición, recibió educación formal y sólida en Derecho, mientras Bertha, con envidia, era víctima de la inequidad de género. Brentzel (2004) cita a Bertha con la siguiente frase: “Las mujeres no eran deseadas y aparte de eso eran una gran carga para su familia con pretensiones caras y onerosas”. Es decir, la educación de las mujeres se orientaba a servir a los hombres y a la religión mientras que el resto del mundo les pertenecía a los varones.

De su propia madre aprendió que una persona célibe permanece imperfecta y nunca alcanza el estatus humano más alto, porque el objetivo final del desarrollo femenino es el matrimonio.

Cabe señalar que la muerte de la hermana mayor dejó a Bertha como la única hija (mujer) del matrimonio y es de sospechar que los padres la comenzaran a sobreproteger, con las limitaciones que ello podría generar en una pequeña de 8 años.

Cuando Bertha hablaba del día en que murió su hermana, lo recordaba intensamente, y lo señalaba como el momento en que su niñez se llenó de una constante tristeza y su vida, antaño alegre y llena de fantasía, cambió por completo. Es posible que este acontecimiento fuera el punto de partida para dividir su vida en dos mundos distintos, donde a uno de ellos lo nombró “su teatro privado”.

En el primero de estos mundos ella era una persona cumplida y formal que vivía de forma ansiosa y melancólica. Vivía triste y angustiada, pero relativamente normal, ese era su mundo externo; mientras tanto en el segundo vivía con alucinaciones, mala conducta, aventaba los cojines a la gente y arrancaba botones del cubrecama. Además, si alguien entraba, salía o modificaba algo de su habitación, ella no recordaba (conscientemente) lo sucedido y denominó a esos momentos como “tiempo perdido”. Estos instantes eran parte de “su teatro privado”, Freud (1893-1895/1985).

## **ANNA Y BREUER, TRATAMIENTO Y VÍNCULOS**

Como ya se ha mencionado con anterioridad, en el caso de Bertha Pappenheim, el cual presenta Freud como Anna O., los síntomas estuvieron presentes, pero no fueron reconocidos como importantes por la paciente o por la familia hasta que, al enfermar su padre, éstos comenzaron a exacerbarse de forma desmedida.

El padre de Anna murió el 5 de abril de 1881 y es a partir de esa fecha que ella comenzó a vivir un deterioro mental acelerado, por lo que fue ingresada al sanatorio de Inzendorf el 7 de junio del mismo año tras intentar suicidarse. De acuerdo con Kimball (2000) parte del tratamiento en dicho sanatorio incluía altas dosis de hidrato cloral (en la actualidad se sabe que tiene acción sedante e hipnótica, similar a los barbitúricos, y en altas dosis ocasiona anestesia general) y empleaban morfina para tratar su recurrente dolor facial.

Cuando salió del sanatorio la llevaron a vivir con su madre en una casa distinta y en diciembre de ese año, a partir de las fiestas de Hanukkah (también llamada festival de las luces, fiesta de gran relevancia para los judíos); comenzó a vivir cada día dos veces, una correspondiente al presente y la segunda hacía referencia al mismo día del año anterior. Durante este tiempo Breuer la visitaba diariamente; pero no fue sino hasta la primavera de 1882 cuando desarrollaría lo que más tarde se conoció como “método catártico”. La palabra catarsis proviene del griego y significa purificación. El objetivo del método catártico es provocar un efecto terapéutico mediante la purga o descarga de afectos patógenos ligados a sucesos traumáticos a través de la evocación (Laplanche y Pontalis, 1967/1996).

Fue la misma Bertha quien nombró a este método como terapia de *limpieza de chimenea o cura del habla*, al hacer alusión al sentimiento de limpieza o purificación que experimentó mediante el habla.

Durante el inicio de su enfermedad y a lo largo del tratamiento se crearon lazos emocionales muy fuertes entre Bertha y Breuer. Se ha descrito a la paciente como una mujer

joven y muy atractiva, lo cual seguramente no pasó desapercibido ante los ojos de su médico. Además, cabe señalar que la madre de Breuer se llamaba Bertha y murió al parir al hermano menor del médico, cuando éste sólo era un infante de entre 2 y 3 años. Otro punto de asociación entre la vida de ambos es que al morir Bertha Breuer era casi de la misma edad que Pappenheim al momento de iniciar su tratamiento con el médico en cuestión.

Por otra parte, cuando Breuer llegó a la edad de 32 años ya había perdido a todos los miembros de su familia de origen, de tal manera que cuando comienza el tratamiento con Bertha Pappenheim, seis años después, logra tener una mayor identificación por el dolor que implica la muerte del padre en su paciente (Kimball, 2000).

Ante los ojos de muchos, Breuer dedicó una gran cantidad de tiempo y esfuerzo a Bertha por la fascinación que sentía hacia su mundo interno y la complejidad que alcanzaba a ver de éste.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la transferencia hace alusión a los lazos generados entre analista y paciente, y en el caso de Bertha hacia Breuer, esta transferencia era un elemento más del análisis que favorecía la comunicación entre ambos y abría la puerta de la cura mediante el habla; al mismo tiempo se hacía presente la contratransferencia de Breuer hacia Bertha y su historia vivida.

La similitud de nombres, las edades de contacto, las pérdidas y las formas de afrontamiento son ejemplos de elementos que favorecieron esta contratransferencia que sería criticada con el tiempo. Sin embargo, es también esa misma conexión la que hizo que el médico dedicara más tiempo y esfuerzo a la paciente dando origen al método catártico, al tiempo que encumbró este amor de transferencia (Iglesias Colillas, 2016).

Es por lo anterior que de acuerdo con Kimball (2000) Breuer le dio dos grandes regalos a Bertha durante su tratamiento. El primero consistió en escucharla y tomar su intelecto como algo real y serio, al tiempo que validó su mundo interno de fantasía como algo importante e

interesante. Esto fue lo que le permitió hablar durante horas sobre su denominado “teatro privado”, sentando las bases para ser paciente consigo misma al explorar sus síntomas y tomar el tiempo necesario para llegar al origen de cada uno de ellos, es decir, poder hacer un relato en retrospectiva hasta lograr identificar las primeras veces de cada uno de sus síntomas.

El segundo regalo y no menos importante está en relación con la honestidad. La franqueza que le brindó era de suma relevancia en un contexto donde la madre y el hermano la habían defraudado y mentido constantemente, haciendo de la mentira una realidad en el mundo de Bertha. Por ejemplo, tanto su hermano, como su madre, no le permitieron ver al padre por dos meses y cuando él se encontraba en su lecho de muerte tampoco le informaron a ella, incluso después del fallecimiento de éste, fue al mismo Breuer al que le preguntó por su padre.

Era tan compleja la situación familiar en la que madre y hermano trataban de ocultar la verdad a Bertha y al mismo tiempo ésta cuestiona a su médico, que el diálogo con Breuer se realizó en italiano y no en la lengua materna.

Por respeto a los familiares y a la paciente es que el médico le respondió que ella ya sabía la verdad, aludiendo a la muerte. El médico no podía contravenir las voluntades del hermano y la madre, pero tampoco le dio una respuesta que representara una mentira.

Este pasaje en la vida de Bertha nos lleva a cuestionarnos sobre cuánto podía ella confiar en una familia en la que se esconde la muerte del padre ¿qué temas sí se hablaban? ¿Hasta dónde los sentimientos tenían cabida en un espacio donde las mentiras eran más importantes? ¿Cómo no crear un lazo tan fuerte con la única persona que le escucha y le dice la verdad? y en un sentido aún más importante ¿cómo no comenzaría a hablar su cuerpo y gritar todo lo que llevaba años callando?

El problema es que al trabajar tan arduamente para abrir puertas en el camino hacia el inconsciente de Pappenheim, Breuer inevitablemente terminó por incursionar al mismo tiempo

en su propio inconsciente; esto pudo deberse a la falta de experiencia en el nuevo método de tratamiento y también asociarse con sus propios duelos no trabajados y exacerbados por la muerte del padre de Bertha, lo que complicó el desarrollo de la técnica.

### **FANTASÍA Y REALIDAD...**

Podría considerarse absurdo creer que alguien deje que su vida se rija por fantasías y que no sea capaz de reconocer la realidad de éstas y que además se atormente por situaciones que están en dicho terreno.

Sin embargo, distinguir fantasía y realidad no siempre es sencillo para quien está inmerso en ese mundo. Tal es el caso de Pappenheim donde sus fantasías no sólo eran su lugar seguro, en realidad eran *su lugar*. Su mundo de fantasía era lo único que ella poseía, lo que le era propio a pesar de lo doloroso o cruel que pudiera tornarse.

Cuando Breuer comienza a escuchar ese mundo sin descalificarlo, lo que hace en realidad, es reconocer a la misma paciente, dejarla hablar libremente y con ello permitirle que su fantasía y realidad comiencen a tomar lugar en su discurso y no sólo en la corporalidad.

Un ejemplo de la importancia de este trabajo se menciona en la carta que escribió Freud el 2 de junio de 1932 a Stefan Zweig donde le relata una reconstrucción específica de la fantasía de parto que vivió Bertha y para lo que llamaron a Breuer:

En la noche del día en que habían desaparecido todos los síntomas de la paciente le llamaron nuevamente junto a ella, y la halló llena de confusión y retorciéndose a consecuencia de los calambres abdominales que sentía.

Cuando le preguntó qué le pasaba, respondió: '¡Aquí llega el niño que tengo del doctor B.!' (Freud, 1970, p. 161).

Con esta descripción Freud hace referencia a cómo el doctor Breuer fue llamado para atender a Bertha en un momento de total confusión, en el que la fantasía le hacía estar segura de parir al hijo de su médico tratante a pesar de no estar embarazada. En ese momento ella realmente

sentía dolores de parto tan intensos que la hacían retorcerse y vivenciar, que en su mundo interno estaba pariendo sin lugar a duda.

Lo cierto es que después de este suceso Breuer saldría de vacaciones con su esposa Mathilde, algunos autores mencionan que es en este viaje donde concibió a su hija Dora, otros en cambio, establecen que fue justo por el nacimiento de ésta que Pappenheim desarrolló la fantasía del parto. Desde cualquiera de estas dos posturas, lo cierto es que la vida de Breuer y Pappenheim estaban fuertemente ligadas desde la transferencia y la contratransferencia ya mencionadas. De hecho, diversos autores establecen que la fantasía de parto fue un punto decisivo para que Joseph Breuer tomara la decisión de no volver a tratar a Bertha nunca más.

Es en este evento cuando el médico se concientiza del vínculo que han creado médico y paciente, ya que al introducir el método catártico se aventuró a un sistema que le era completamente desconocido, donde los riesgos eran de la misma potencialidad que los beneficios, y como una forma de evitar mayores complicaciones es que él se aleja de Pappenheim. Sin embargo, al utilizar el denominado “talking cure” lograron ubicar el punto de origen de diversos síntomas, y justo cuando ella era capaz de reconocer el momento en el que habían ocurrido por primera vez, éstos desaparecían. La explicación es que dejaban de tener sentido porque ella les daba un significado desde su propio discurso y la corporeidad perdía relevancia.

Kimball (2000) destaca 5 puntos como los avances de mayor relevancia que Pappenheim logró en su vida tras la terapia, en el proceso que él denomina como “su auto-reconstrucción”. El primero de ellos destaca que fue ella quien estableció la fecha para terminar la relación con su médico. Aunque esto pareciera un hecho de poca relevancia, no es así, debido a la fuerza del vínculo establecido entre ambos. De tal forma que el elegir una fecha para terminar con el tratamiento, implicó un fuerte trabajo de parte de la paciente, aún dependiente del citado vínculo.

El segundo paso fue terminar con el tratamiento farmacológico, que favorecía el aletargamiento y sedación, se debe recordar que era tratada con morfina e hidrato cloral, ambos medicamentos adictivos y alucinógenos.

Un tercer paso fue escribir y publicar sus textos. Esto comenzó cuando fue hospitalizada en julio de 1882 en Kreuzlingen, para este momento Bertha había perdido la capacidad de comunicarse en su lengua materna, alemán, por ello comenzó a describir en inglés: lo que estaba viviendo, cómo era su proceso de buscarse y encontrarse cada día, dentro de su tristeza y su imposibilidad de comunicación.

Al salir del sanatorio y apoyada por algunos familiares, decidió publicar sus historias, primero desde el anonimato, después bajo el cobijo de un pseudónimo (P. Berthold), para finalmente reconocer sus textos y su voz en ellos, como propia, colocando su verdadero nombre en los que estaba publicando y los que habían salido a la luz en años previos.

Escribió y publicó desde cuentos para niños, hasta historias completamente personales que transformaron sus narraciones íntimas del “talking cure” en publicaciones al alcance de cualquiera. Con ello abrió la puerta de su mundo de fantasías a las realidades de otras personas. Estos textos fueron al mismo tiempo una continuación de su propio proceso de cura, y una inspiración y ejemplo para otros seres humanos que compartían su visión.

El cuarto paso lo constituye su mudanza a Frankfurt en 1888, este cambio se desconoce si fue impulsado por su madre o por ella; pero dejar Viena en definitiva fue un avance importante en su auto-reconstrucción ya que la sociedad en Frankfurt estaba más abierta y dispuesta a trabajar en la profesionalización del Trabajo Social, profesión que desarrollaría Pappenheim, primero como voluntaria y después por tiempo completo y de forma profesional.

Llegar a una ciudad en la que había crecido como una niña feliz y común, y que desconocía su posterior condición médica, le permitió incorporarse a una comunidad judía

donde su anonimato era algo que jugaba a su favor. Vivir con su madre le brindó al mismo tiempo un estatus de honorabilidad y respeto, incrementando sus posibilidades de desarrollo personal.

Por último, y no menos importante, está el quinto paso cuando en 1895 comenzó a trabajar como responsable de un orfanato de niñas judías, lo que la catapultó a un mundo público con negociaciones entre el personal del mismo orfanato y el consejo de directores. De esta forma cruzó la línea entre su mundo de fantasía privado y un mundo de cambio político y social.

Como se ha expresado, Pappenheim, a través de estos cinco pasos, logró salir de sí misma y convertir su historia y dolor personal en una estrategia de acción pública que favoreció a distintas personas como se ejemplifica con el orfanatorio, pero también lo hizo desde su trabajo a favor del feminismo judío cuando creó una fundación donde las mismas mujeres se cuidaban entre sí. Logró desarrollar un refugio para estas mujeres y sus hijos, brindándoles un espacio de seguridad y sororidad que las fortalecía.

Es decir, no sólo se construyó como una mujer independiente, trabajadora y profesionalista, sino que ayudó a sentar las bases para la profesionalización del trabajo social en Alemania. Esa “niña” que no podía hablar y que vivía en una realidad paralela y poco entendida, llena de síntomas limitantes y totalmente dependiente, se transformó a sí misma en una mujer, independiente, trabajadora, profesionalista y líder para su comunidad, comenzando por escucharse y reconocerse mediante el trabajo realizado con Breuer. Cuando empezó a oírse, su voz resonó en el mundo entero.

## **Discusión y Conclusiones**

De acuerdo a la investigación desarrollada en el presente trabajo podemos concluir que lo que conocemos como fibromialgia es un síndrome crónico con etiología desconocida, que si bien algunos autores como Martínez-Lavín y Worrel et al., establecen que existe una mayor probabilidad de desarrollar SFM si se cuenta con antecedentes familiares o de depresión, también es cierto que no es un factor determinante.

Se sabe que el mayor porcentaje de quienes viven con esta condición son mujeres, en una proporción de 1:9, la mayoría de ellas pertenecientes a un nivel socioeconómico medio; lo que nos lleva a cuestionarnos respecto a si esta estadística corresponde a una característica propia de quienes desarrollan el síndrome o si en realidad está condicionada por la falta de medios para un correcto diagnóstico en poblaciones con un menor recurso económico.

Autores como Martínez-Lavín y Montemayor Pachur, establecen que han podido encontrar en la mayoría de las personas con fibromialgia un evento desencadenante para dicha condición. Se trata de una situación detonante en la vida de la paciente que suele ser de gran impacto y disruptiva desde lo físico y lo emocional, tales como actos violentos o accidentes.

Es importante señalar que transcurren años desde que la persona acude por primera vez a un médico a causa del surgimiento de dichos síntomas, hasta que recibe un diagnóstico final.

Las pacientes obtienen dicho diagnóstico tras años de invertir tiempo, dinero y preocupación por no saber lo que se tiene. Visitan a distintos especialistas y se enfrentan a diversos tratamientos, juicios y diagnósticos previos que van desde enfermedades tales como artritis reumatoide hasta opiniones de médicos que dicen que se trata de hipocondría. El problema es que ahora se topan con la paradoja que por un lado implica cierta tranquilidad al lograr conocer un diagnóstico que nombra a lo que viven y engloba su sufrimiento; mientras por

otro lado descubren que es un síndrome sin cura, además sin tratamiento específico, donde el alivio a su dolor será solamente pasajero.

Es decir, estos tratamientos se enfocan a paliar los síntomas de forma específica, por lo que no existe un tratamiento estandarizado. Entre los tratamientos farmacológicos destacan: antidepresivos ISRSS, IMAO, ATC; antiinflamatorios y analgésicos; sin que el uso de alguno de ellos o en conjunto, brinde resultados superiores a los placebos utilizados. Por lo que se trata más de un esfuerzo de la industria farmacológica por dar mejoras momentáneas que de un tratamiento benéfico a largo plazo.

Es por lo anterior que la mayoría de los pacientes recurren a métodos alternativos tales como: homeopatía, masajes, yoga, acupuntura, uso de cannabinoides, sofrología, terapia de activación física, etc.; sin embargo, en la mayoría de los casos estudiados los pacientes reportan mejoras sólo a corto plazo y esas investigaciones se llevaron a cabo de forma simultánea con medicamentos, por lo que es necesario realizar más estudios para poder conocer los verdaderos alcances de dichas alternativas, ya que se corre el riesgo de sobreestimar los beneficios reales.

En cuanto al campo de la psicoterapia una de las más utilizadas es la TCC que en investigaciones demostró mayor efectividad en el manejo del dolor y mejora del estado de ánimo, no así en los casos que presentan ansiedad y depresión. En el caso de las llamadas terapias de la Tercera Ola, los beneficios también son a corto y mediano plazo y se requiere una mayor investigación.

En las terapias mencionadas se habla de la importancia de involucrar a la familia como un equipo de trabajo en conjunto que brinde una estabilidad emocional al paciente y disminuya su estrés; sin embargo, en los casos reportados aún con TCC los beneficios se establecieron como de corto y mediano plazo y con efectos paliativos, por lo que se requiere de un mayor estudio de casos con rigor metodológico.

Con base en lo anterior es que el presente trabajo propone la inclusión del psicoanálisis en el tratamiento del SFM con la finalidad de alcanzar dos objetivos: uno es investigar sobre las posibles causas intrapsíquicas que dan origen al surgimiento del síndrome; y el segundo objetivo se daría de forma consecuente con la mejora del estado general de la persona al comprender el síntoma y su implicación, sin negar los elementos biológicos del síndrome.

Las personas con FM han vivido, en su mayoría traumas infantiles, que los han afectado de diferentes formas. Esos hechos suelen encadenarse con sucesos impactantes posteriores; para algunas personas la forma en cómo tramitan lo vivido o no, es lo que puede favorecer el surgimiento de síntomas; pero para poder conocer el verdadero alcance de éstos, es necesario que a través del habla se hagan conscientes de aquéllo que han reprimido a lo largo de tanto tiempo.

El psicoanálisis a diferencia de otros tratamientos, no puede ser un tratamiento de corta duración porque busca explorar aspectos que el mismo analizante ha ocultado de sí mismo y permite descubrirse mediante la introspección y el derrumbe de cada una de las resistencias que ha forjado a lo largo de la vida. El tratamiento de la FM, al igual que en otros padecimientos, debe considerar a la persona como un ser holístico y no limitarse únicamente a aspectos biologicistas que buscan dar soluciones que consideran sólo medicamentos ante enfermedades tan complejas y terminan siendo insuficientes para llegar a un bienestar o mejora a largo plazo.

En algunos tratamientos y terapias se pretende incrementar la conformidad de la persona con el diagnóstico, eso nos lleva a preguntarnos si no se trata de una forma de limitar su capacidad de expresión con respecto a las inconformidades, que vive no sólo desde la enfermedad misma, sino con todo el entorno.

Mediante el psicoanálisis lo que se busca es conocer al ser humano que vive con la FM y no centrarse en el dolor y las alteraciones que éste implica en su vida como lo señala la TCC,

por ello el psicoanálisis se propone como una alternativa para profundizar en la vida psíquica de cada sujeto.

Considerando lo anterior a continuación se enlistan las técnicas del proceso psicoanalítico a desarrollar en las distintas sesiones, así como los momentos ideales para realizar cada una de ellas:

<b>Técnicas del Proceso Psicoanalítico</b>	<b>Momento de la intervención o técnica</b>
<p><b>Encuadre</b></p> <p>Alude a las normas habituales que establecerán y mantendrán la relación analista-analizante. Incluye establecer características generalizadas de las sesiones tales como: horario, espacio, honorarios, tiempo aproximado de la sesión.</p> <p>Establecer que lo fundamental es que sea capaz de hablar de forma libre sin preocuparse por los prejuicios o las críticas.</p>	<p>Se sugiere que se realice en cualquier momento de la Fibromialgia, considerando que entre más temprano se de el proceso psicoanalítico, el beneficio y la profundidad del análisis serán mayores. Esto se tendrá que retomar si existen cambios en la rutina de la paciente.</p>
<p><b>Interrogar</b></p> <p>Corresponde a preguntar constantemente al paciente considerando las limitaciones y distorsiones de su conciencia.</p> <p>Al interrogar los detalles de cada situación se respeta el carácter singular de la experiencia de la persona, evitando generalizaciones.</p>	<p>De acuerdo a lo expuesto por el paciente en la sesión es importante cuestionar, no sólo detalles de lo narrado, sino generar los cuestionamientos que favorezcan el proceso de asociación y análisis en el paciente desde su propia escucha.</p> <p>En el caso de que la persona esté hablando</p>

	<p>sobre una crisis fibromiálgica explorar los detalles de la misma, qué la detonó, cómo disminuyó, qué sintió y pensó en esos momentos, etc. Reconociendo cada suceso como único, al tiempo que se explora para identificar los detalles en común, con otras crisis en su vida.</p> <p>Algunas pautas para interrogar pueden ser: para facilitar una perspectiva diferente de lo narrado, por ejemplo si es una discusión con otra persona cuestionar sobre la visión de cada uno de los involucrados.</p> <p>Cuando narra un evento y después hace comentarios que niegan su importancia: “no sé por qué te digo esto”, “olvida lo que te dije”.</p>
<p><b>Informar</b></p> <p>Hacer del conocimiento de la persona información respecto a su tratamiento, en cuanto alcances y limitaciones.</p> <p>Aclarar dudas relacionadas con las condiciones propias de la enfermedad.</p>	<p>En las primeras sesiones del proceso psicoanalítico, informar que es un elemento a sumar en el tratamiento y no sustitutivo de los otros.</p> <p>En el caso de la fibromialgia dar información respecto a las diversas herramientas que pueden usar a lo largo de la vida, tales como: asociaciones, tratamientos paliativos y</p>

	complementarios, por mencionar.
<p><b>Asociación libre</b></p> <p>Busca favorecer que se expresen ideas, ocurrencias, imágenes, emociones, etcétera, de forma libre de prejuicios y sin censura. Aún si a la persona le parecen cosas sin sentido, vergonzosas o agresivas.</p>	<p>Uno de los momentos en los que la asociación libre tiene cabida es cuando la persona señala un hecho como absurdo, sin sentido o que finaliza con la frases como: ¿No sé por qué dije eso?, pero eso no es importante, eso no es lo que quería decir o de lo que quería hablar, olvide eso que dije. Ya que justo esas frases rescatan aspectos de la racionalidad, del consciente, la vergüenza, entre otros.</p>
<p><b>Rectificar enunciados del paciente</b></p> <p>La rectificación busca señalar los escotomas presentes en el discurso del paciente. Una forma de esto es la confrontación.</p>	<p>Cuando en el discurso de la persona se resalta sólo un aspecto de lo vivido limitando otros elementos a considerar, es importante favorecer la confrontación con ella misma para ampliar su visión respecto al hecho. Por ejemplo cuando la persona niega aspectos de su estructura o conducta, porque no los reconoce.</p> <p>Otra situación sería reconocer si algún elemento de su vida puede aumentar o disminuir el dolor con el que vive, incluyendo aspectos emocionales.</p>
<p><b>Confirmar enunciados del paciente</b></p>	<p>Cuando la persona logra identificar</p>

<p>La confirmación refuerza los logros de la persona, mejorando la confianza en sí misma.</p>	<p>actividades y actitudes que ayudan a mejorar su estado físico, es importante reafirmar esos logros, para que siga trabajando en ello.</p> <p>Favorecer las escanciones que hagan fluir los insights necesarios para la persona.</p>
<p><b>Clarificaciones</b></p> <p>Reformulación de un episodio narrado por el paciente de forma sintética y focalizada, sin modificación al pensar y sentir de la persona.</p>	<p>En ocasiones la persona narra un suceso relevante y lo acompaña de detalles o datos que no lo son tanto y que distraen su atención de lo verdaderamente revelador del suceso.</p> <p>Cuando se pierden en detalles para no llegar a lo sustancial.</p>
<p><b>Recapitulaciones</b></p> <p>Se trata de una actividad de síntesis de diversas sesiones o de una misma, sin modificar o distorsionar el sentido de lo narrado por el paciente.</p> <p>Busca favorecer una visión más amplia de lo expuesto por el mismo sujeto.</p>	<p>Cuando a lo largo de una sesión o de varias se ha tocado un tema en específico que demanda principal atención o que se ha podido observar desde diferentes aristas, se hace la recapitulación para que la persona estimule su capacidad de síntesis, totalización y destotalización del tema en cuestión.</p>
<p><b>Señalamientos</b></p> <p>Buscan resaltar elementos narrativos significativos que el paciente deja pasar como poco relevantes.</p>	<p>Se trata de un recurso constante a lo largo de las sesiones que implica una escucha activa, sobre todo cuando la persona usa frases como: “pero eso no es importante,</p>

<p>Favorecen la autointerpretación por parte de la persona y dejan al descubierto elementos importantes como: la capacidad de <i>insight</i>, los recursos intelectuales (capacidad de síntesis y análisis), mecanismos defensivos y la situación transferencial del momento del proceso terapéutico, todo ello mediante devoluciones.</p>	<p>olvide lo que dije, eso no es lo que yo quería decir”.</p> <p>Otro momento importante para hacer señalamientos son los denominados lapsus y actos fallidos.</p>
<p><b>Interpretaciones</b></p> <p>Se trata de hipótesis que favorecen la concientización de situaciones que el paciente señala como inconexas, datos sueltos, irrelevantes o ilógicos. Con lo que se permite que descubra el sentido de asociación de los mismos, no desde un saber acabado o inequívoco, sino desde una posibilidad de su autointerpretación que va más allá de su lógica habitual.</p> <p>La interpretación se puede trabajar desde la simbolización del paciente y/o desde la asociación libre que haga en el discurso, tales como sueños, palabras, objetos o símbolos en general.</p>	<p>Cuando la paciente plantea eventos o sucesos a los que no les confiere una lógica o no logra entender el por qué de la situación es recomendable abrir el espacio a la interpretación desde su propio discurso. Se da lugar a lo negado en la personalidad del paciente desde su autorreconocimiento.</p> <p>Se busca realizar este tipo de intervenciones para generar hipótesis sobre sus conflictos actuales y que reconozca sus motivaciones y defensas desde su historia familiar y mediante el reconocimiento de las transferencias que ha vivido en el proceso.</p>
<p><b>Sugerencias</b></p>	<p>Cuando la paciente habla desde absolutos,</p>

<p>Creación de situaciones hipotéticas que permitan mirar a la persona la situación desde una diferente óptica, favoreciendo el surgimiento de nuevos insights</p>	<p>tales como: “nada me funciona nunca”, “todo me agota de inmediato y no me motiva para hacer algo”, es importante señalar que no se puede probar o descartar todo. Es en este momento donde se puede sugerir intentar con algún otro tratamiento y ver cuales serían las ventajas y desventajas de hacerlo y de evitarlos.</p> <p>Otro ejemplo sería sugerir que ponga mayor atención a su estado de ánimo y la relación que éste guarda con su dolor, por ejemplo: qué le pasa a su cuerpo cuando está ante un mayor estrés o ansiedad.</p>
<p><b>Intervenciones directivas</b></p> <p>Se trata de instrucciones directas que brinda el terapeuta para que el paciente sea capaz de mirar desde otra óptica procesos en los que sus herramientas actuales no le permiten movilizarse de forma diferente.</p>	<p>En el caso de crisis específica es prudente hacer intervenciones directivas que no sean absolutas, pero que sí dicten pasos que debe seguir para tomar mejores decisiones.</p> <p>Algunas de estas intervenciones pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anota en qué situaciones se detona el dolor</li> <li>• Qué parte del cuerpo te duele, bajo qué circunstancias</li> <li>• Factores que aumentan o disminuyen los síntomas</li> </ul>

Las técnicas del proceso psicoanalítico señaladas con anterioridad, fueron tomadas desde lo planteado por Fiorini (1977) en su libro: "Teoría y técnica de psicoterapias", donde establece la necesidad de describir y explicar las técnicas del proceso terapéutico, cuyo foco se centra en el fortalecimiento de las distintas funciones yoicas de la persona. Para lograr lo anterior, Fiorini, contempla a la teoría psicoanalítica como un pilar fundamental.

Es importante destacar que si bien Sigmund Freud desarrolló "la cura por el habla", al ser el analizante quien lleva el tema a trabajar en cada sesión, no generó un protocolo en particular para las citas; sin embargo, cuando se permite que la persona hable y sea por ese mismo discurso que vaya encontrando su propia cura, se dan los procesos de asociación libre, análisis e interpretación de los sueños, actos fallidos, lapsus y olvidos.

Para que el proceso tome un papel terapéutico es necesario que haya una relación de transferencia por parte del analizante o paciente y que el analista se haga consciente de su contratransferencia, así como de las motivaciones que lo llevan a realizar cada una de sus intervenciones; estos aspectos abarcan desde lo oral, hasta el mismo consultorio.

Desde la forma ortodoxa del psicoanálisis se plantea que el encuentro para cada sesión sea un espacio físico previamente establecido por el analista; sin embargo, se propone que en el caso de la atención a personas con fibromialgia, el método se adapte a las circunstancias necesarias de acuerdo a la salud, síntomas e incluso a aspectos de tipo meteorológico; esto es, si la persona no puede acudir al lugar por estar en una crisis de dolor o contractura muscular, o porque el clima es muy frío o húmedo, permitir que las sesiones se adapten al uso de las nuevas tecnologías como serían sesiones por llamada o videollamada, según sea el caso.

Lo que se pretende es que el espacio de habla-escucha permanezca abierto y favorecer de esa manera la cura por el habla. Si recordamos el caso de Anna O. podemos tomarlo a manera de ejemplo de cómo el psicoanálisis le ayudó a entender más de ella misma,

acarreado como consecuencia la cura de los síntomas a los que se encontraba sometida desde lo reprimido y los aspectos contrastantes de su vida; por un lado vivía de forma socialmente esperada y conforme a las reglas, mientras que en otros instantes se transformaba en una mujer con alucinaciones y conductas totalmente inadecuadas.

Fue mediante las sesiones de “cura por el habla” que averiguó que la muerte de su hermana fue el parte aguas o el evento desencadenante que dividió su vida y luego se enlazó con la enfermedad y posterior muerte del padre. Cuando se concientizó del impacto de estos sucesos en su vida poco a poco se fue empoderando de sí misma y de su salud en general, eso mismo es lo que se desea para los pacientes con FM.

Cuando decimos que se debe incluir la terapia psicoanalítica en el tratamiento de las personas con SFM nos referimos a una inclusión temprana, es decir, desde que los síntomas comienzan y no sólo al final de un diagnóstico.

Además, es importante recordar que esta enfermedad posee diversos componentes: biológico, emocional, genético, comorbilidades, entre otros y por ende afecta el funcionamiento emocional, social, familiar, ocupacional y físico de una persona, por lo que la propuesta del presente trabajo no pretende retirar los demás tratamientos que lleve a cabo la persona, ya sean farmacológicos o alternativos; lo que se busca es fomentar un trabajo transdisciplinario que integre a la persona y sus redes de apoyo, desde las familiares hasta la que generan los diversos especialistas, pasando por las académicas, laborales, sociales y económicas.

### **Limitaciones**

La principal limitación a la que se enfrenta el presente trabajo de investigación documental es que en los casos documentados y revisados la mayoría de las personas con FM se someten a diversos tratamientos, ya sea farmacológicos, naturistas, psicológicos, etc., de forma simultánea lo que imposibilita conocer los beneficios específicos de cada tratamiento, incluido el psicoanálisis mismo.

Además, la mayoría de las investigaciones actuales tienden a repetir hallazgos de varios años atrás, así pues, aunque se buscó trabajar con la bibliografía más reciente, mucha de ésta repetía conocimientos de décadas anteriores.

Por otra parte, la mayoría de las personas que viven con FM ya han pasado por muchos años de dolor y tratamientos largos, costosos y con pocas mejoras en su salud y síntomas, de tal manera que la idea de apegarse a una terapia psicoanalítica de larga duración puede parecer agotador y poco esperanzador, por lo que la gente no suele estar dispuesta a invertir más tiempo y recursos en ello. La confrontación con uno mismo es un proceso complicado y doloroso que podría invitar a dejar el proceso de forma constante. Además, otra limitante que existe es el poco desarrollo teórico del psicoanálisis y sus beneficios con respecto a la fibromialgia.

## Referencias

Alanís Esqueda, N. y Ramírez Treviño, J. (2019). Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo--conductuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 920-947.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi2019/epi192h.pdf>

American College of Rheumatology. (2021). *Fibromialgia*. <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Fibromialgia>

Álvarez García, H. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva postskinneriana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-47.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art15.pdf>

Álvarez Morezuelas, M. (2015). *Rasgos Psicológicos y Percepción del Dolor en Pacientes con Fibromialgia* [Tesis de doctorado, Universidad de Oviedo]. [https://fibro.pro/wp-](https://fibro.pro/wp-content/uploads/2017/06/113.pdf)

[content/uploads/2017/06/113.pdf](https://fibro.pro/wp-content/uploads/2017/06/113.pdf)

Arthritis Foundation National Office. (2016). *Fenómeno de Raynaud*.

<http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/fenmeno-de-raynaud/>

Avello, M., Pastene, E., Fernández, P. y Córdova, P. (2017). Potencial uso terapéutico de cannabis. *Revista médica de Chile*, 145(3), 360-367. [https://dx.doi.org/10.4067/S0034-](https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300010)

[98872017000300010](https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000300010)

Barreda, J., Choza, A., Gutiérrez, A. y Riquelme, E. (2016). *Fibromialgia. Un diálogo terapéutico*. Editorial Thémata.

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/46192/Fibromialgia.pdf;jsessionid=4F0714A240407B2AD33BA34C64EDED4B?sequence=1>

Barrera Villalpando, M. I., Cortés, J., Guerrero Manning, H. y Aguirre González, A. (2005). La fibromialgia: ¿un Síndrome Somático Funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud mental*, 28(6), 41-50.

[https://www.researchgate.net/publication/28229553\\_La\\_fibromialgia\\_un\\_Sindrome\\_Somatico\\_Funcional\\_o\\_una\\_nueva\\_conceptualizacion\\_de\\_la\\_histeria\\_Analisis\\_cuali-cuantitativo](https://www.researchgate.net/publication/28229553_La_fibromialgia_un_Sindrome_Somatico_Funcional_o_una_nueva_conceptualizacion_de_la_histeria_Analisis_cuali-cuantitativo)

Barrio, I. (2006). El síntoma histérico y el fenómeno psicossomático. *Revista de Psicoanálisis y cultura*, (23), 177. <https://www.acheronta.org/pdf/acheronta23.pdf>

Belenguer Prieto, R., Carbonell Baeza, A., García Campayo, J., Luciano Devis, J.V., Martín Noguerras, A.M., Martínez-Lavín, M., Muñoz Espinalt, E., Pastor Mira, M.A., Peñacoba Puente, C., Pita Calandre, E., Rivera Redondo, J., Torre Mollinedo, F. y Trillo Calvo, E. (2015). *Guía de Debut en Fibromialgia* (1ª. ed.) España: Editorial Creative Commons. <https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2015/09/debut.pdf>

Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A. y Rivera, J. (Marzo- Abril 2009). Clasificación de la fibromialgia. *Revisión sistemática de la literatura Reumatología clínica*, 5(2), 55-62. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-clasificacion-fibromialgia-revision-sistemica-literatura-articulo-S1699258X09000060>

Braunstein, N. A., Pasternac, N., Benedicto, G. y Saal, F. (1982). *Psicología: Ideología y Ciencia*. (8a. ed., pp. 31-33). Editorial Siglo XXI Editores. <https://saberepsi.files.wordpress.com/2016/09/129013218-braunstein-nestor-y-otros-psicologia-ideologia-y-ciencia-pdf.pdf>

Breuer, J. y Freud, S. (1985). *Obras Completas. Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey con la colaboración de Anna Freud* (Trad. J.L. Etcheverry; 2a. ed., Vol. II).

Editorial Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893-1895).

Brentzel, M. (2004). *Anna O. Bertha Pappenheim Biographie [Biografía de Anna O. Bertha Pappenheim]*. Wallstein Verlag.

Breuer, J. y Freud, S. (1985). *Obras Completas. Estudio sobre la histeria* (Trad. J. L. Etcheverry; 2a. ed., Vol. II). Editorial Amorrortu. (Trabajo publicado en 1893-1895).

Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G. y Trillo-Mata, J. L. (2019). Epidemiología y caracterización sociodemográfica de la fibromialgia en la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 93.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557272019000100022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272019000100022)

Calderon, C., Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Oporto-Alonso, M. y Jiménez-Fonseca, P. (2020). Factor structure and measurement invariance of the Brief Symptom Inventory (BSI-18) in cancer patients [Estructura factorial e invarianza de medición del Inventario Breve de Síntomas (BSI-18) en pacientes con cáncer]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 71-80.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7216963>

Canadian Rheumatology Association. ( abril del 2013). *Position Paper on Fibromyalgia* [Documento de posición sobre Fibromialgia]. [https://rheum.ca/wp-content/uploads/2017/11/CRA\\_Position\\_Paper\\_on\\_Fibromyalgia\\_updated\\_Sep\\_2015.pdf](https://rheum.ca/wp-content/uploads/2017/11/CRA_Position_Paper_on_Fibromyalgia_updated_Sep_2015.pdf)

Carson, J. W., Carson, K.M., Jones, K. D., Bennett, R. M., Wright, C.L. y Mist, S. D. (noviembre 2010). A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia [Un ensayo piloto aleatorio controlado del programa Yoga

en Conciencia en el manejo de fibromialgia]. *Pain*, 151(2), 530–539.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.020>

Carveth, D. L. y Hantman Carveth, J. (3 de febrero 2007). *Fugitives From Guilt: Postmodern De-Moralization and the New Hysterias* [Fugitivos de la Culpa: Desmoralización Postmoderna y las Nuevas Histerias]. Glendon College, York University.

<http://www.yorku.ca/dcarveth/fugitives.pdf>

Casarotti, H. (2 de diciembre 2006). La realidad de la histeria en la evolución de la psiquiatría. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 70(2), 109-117.

[http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/02\\_conf.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/02_conf.pdf)

Castillo, A. y Jiménez, M. (2011). *Fibromialgia. Guía práctica de ayuda para el enfermo crónico*. Editorial Formación Alcalá.

Caycedo, N. (5 de julio 2017). *La vida del Dr. Caycedo*. Instituto Internacional de Sofrología Caycediana. <https://www.sofrologia.com/la-vida-del-doctor-caycedo/>

Centro Cochrane Iberoamericano y Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya [AQuAS]. (2017). *Evaluación y abordaje de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica*.

[https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion\\_fibromialgia\\_SFC\\_aquas2017es\\_anexos.pdf](https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2017/evaluacion_fibromialgia_SFC_aquas2017es_anexos.pdf)

Cobos Romana, R. (2013). Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*, 20(5), 263-277.

<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n5/tecnicasinter.pdf>

Colmenares Roa, T. A. (2013). *Experiencias del padecer fibromialgia y sus implicaciones*

*socioculturales en el marco del proceso biocultural de salud enfermedad-atención, en un grupo de pacientes del Hospital General de México y consulta privada* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].

<http://132.248.9.195/ptd2013/enero/0687086/Index.html>

Covarrubias-Gómez, A. y Carrillo-Torres, O. (enero - marzo 2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 58-63.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma161g.pdf>

Desviat, M. (2010). Síntoma, signo e imaginario social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 125-133.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100007#:~:text=de%20los%20enfermos.-)

[57352010000100007#:~:text=de%20los%20enfermos.-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100007#:~:text=de%20los%20enfermos.-)

[.El%20s%C3%ADntoma%20cobra%20sentido%20en%20la%20biograf%C3%ADa%20d](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100007#:~:text=de%20los%20enfermos.-)

[el%20sujeto%2C%20y,m%C3%A1s%20anormal%20o%20incluso%20morboso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100007#:~:text=de%20los%20enfermos.-)

Elhwuegi, A. S. (mayo 2004). Central monoamines and their role in major depression

[Monoaminas centrales y su papel en la depresión mayor]. *ProgNeuropsychopharmacol*

*biol psychiatry*, 28(3), 435-451. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2003.11.018>

Empendium. (1996-2021). *Fibromialgia*. Recuperado el 9 de febrero del 2020 de:

<https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.16.21>.

Fiorini, H. J. (1984). *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Edit. Nueva Visión.

Freud, S. (1972). *Obras Completas. Cinco Conferencias sobre psicoanálisis. Un recuerdo infantil de Leonardo Davinci y otras obras* (Trad. J. L. Ballesteros; 2a. ed., Vol. XI, p. 164). Editorial Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).

Freud, S. (1986). *Obras Completas. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras* (Trad. J. L. Etcheverry; 2a. ed., Vol. XII, pp. 211-214). Editorial Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1911-1913).

Freud, S. (1986). *Obras Completas. Primeras publicaciones psicoanalíticas* (Trad. J. L. Etcheverry; 2a. ed., Vol. III, p. 50). Editorial Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893-1899).

Freud, S. (1984). *Obras Completas. El yo y el ello y otras obras* (Trad. J. L. Etcheverry; 2a. ed., Vol. XIX, pp. 206-211). Editorial Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923-1925).

Freud, S. (1970) *Epistolario II (1891-1939)* (Trad. J. Merino Pérez; p.161). Editorial Plaza & Janes.

Fundación Articular. (2020). *Diagnóstico de fibromialgia. Criterios 2010.*

<http://www.fundacionarticular.org/images/voluntariado/diagnostico-de-fibromialgia.pdf>

Gallager, H. C., Gallagher R.M., Butler, M., Buggy, D.J. y Henman, M.C. (23 agosto 2015).

Venlafaxine for neuropathic pain in adults [Venlafaxina para dolor neuropático en adultos]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011091.pub2>

Garzón Suárez, D. P., Ruiz Caraballo, L. D. y Sanabria Macías, C. T. (2019). *El lugar del psicodrama en la Psicología en Colombia, Brasil y Argentina* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria Los Libertadores].

[https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/3161/Garz%C3%B3n\\_Ruiz\\_Sanabria\\_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/3161/Garz%C3%B3n_Ruiz_Sanabria_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Gil Martínez, J., Barreto Martín, P. y Montoya Castilla, I. (s.f.) *Terapias de tercera generación*.

José Gil Martínez. Recuperado el 26 de marzo del 2021 de [http://josegil-martinez.es/?page\\_id=849](http://josegil-martinez.es/?page_id=849)

Goldenberg, D. L. (2003). *Fibromialgia. Una guía completa para comprender y aliviar el dolor*.

Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Gómez Esteban, Rosa. (2019). La formación del psicoterapeuta grupal. *Revista de la*

*Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 117-142.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352019000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352019000200006)

González Madrid, X. (2005). *Programa de comunicación visual para la difusión del Reiki en*

*hospitales públicos* [Tesis para optar al título de Diseñador, Mención Gráfico,

Universidad de Chile].

[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/gonzalez\\_x/sources/gonzalez\\_x1.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/gonzalez_x/sources/gonzalez_x1.pdf)

González Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P. y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia Cognitiva.

Antecedentes, Teoría y Metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 199-

207. <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.10211>

Granel, A. (Nov.- Dic. 2006). Pacientes con síntomas somáticos no explicables. *Evid. actual.*

*pract. Ambul.*, 9(6), 176-180.

<https://www.fundacionmf.org.ar/files/pacientes%20somaticos.pdf>

Hayes, A. (5 de septiembre 2019). *Yoga Terapéutico para a Síndrome de Fadiga Crónica e*

*para a Fibromialgia* [Yoga Terapéutico para el Síndrome de Fatiga Crónica y para la

Fibromialgia]. [https://www.anahayes.com/2019/09/05/yoga-terapeutico-para-a-](https://www.anahayes.com/2019/09/05/yoga-terapeutico-para-a-sindrome-de-fadiga-cronica-sfc-em-e-para-a-fibromialgia-fm/)

[sindrome-de-fadiga-cronica-sfc-em-e-para-a-fibromialgia-fm/](https://www.anahayes.com/2019/09/05/yoga-terapeutico-para-a-sindrome-de-fadiga-cronica-sfc-em-e-para-a-fibromialgia-fm/)

Henríquez Garrido, R. J. (14 diciembre 2017). Fibromialgia. Una aproximación Psicoanalítica. *Consulta de Psicoanálisis en Majadahonda*. <https://ruyhenriquez.com/D/post/fibromialgia-una-aproximacion-psicoanalitica/>

Hidalgo-Tallón, F. J. y Torres, L. M. (Nov.-Dic. 2013). Ozonoterapia en medicina del dolor. Revisión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 20(6), 291-300. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462013000600003>

Iglesias Colillas, I. G. (2016). *Notas sobre el caso «Anna O.»*. ¿Histeria o psicosis maniácodepresiva? [Ponencia]. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-044/736.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Tratamiento de la Fibromialgia. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/075GRR.pdf>

Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. del Servicio de Salud Pública. (noviembre de 2014). *Fibromialgia*. [https://www.niams.nih.gov/portal\\_en\\_espanol/informacion\\_de\\_salud/fibromialgia/fibromyalgia\\_ff\\_espanol.pdf](https://www.niams.nih.gov/portal_en_espanol/informacion_de_salud/fibromialgia/fibromyalgia_ff_espanol.pdf)

Jacoby, R. (1977). *La amnesia social una crítica de la psicología conformista desde Adler hasta Laing*. Edit. Colección 2 culturas.

Jensen, B. (2002). *Cuerpo radiante*. Edit. Océano

Jiliberto Serrano, L. y Verano de la Torre, M. (2016). *Aplicabilidad de las terapias complementarias en cuidados paliativos* [Trabajo Fin de Grado de Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid].  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/674942/jiliberto\\_serrano\\_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/674942/jiliberto_serrano_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kaplan, M. A. (1979). *The Jewish feminist Movement in Germany: the campaigns of the Jüdischer Frauenbund, 1904-1934* [El Movimiento feminista Judío en Alemania: las campañas de la liga de mujeres judías, 1904-1938]. (pp.29-40). Greenwood Press.  
<https://hdl.handle.net/2027/heb.04514>

Kimball, M. M. (2000). From “Anna O.” to Bertha Pappenheim: Transforming Private Pain Into Public Action [De “Anna O.” a Bertha Pappenheim: Transformando el Dolor Privado en Acción Pública]. *History of Psychology*, 3(1), 20-43. [http://creatureandcreator.ca/wp-content/uploads/2014/09/kimball\\_annaO\\_2000.pdf](http://creatureandcreator.ca/wp-content/uploads/2014/09/kimball_annaO_2000.pdf)

Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis* (Trad. Fernando Gimeno Cervantes). Edit. Paidós. (Trabajo original publicado en 1967).  
<https://www.bibliopsi.org/docs/guia/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>

Maldonado, N. ( mayo 2017). *Un amor de transferencia*. <https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2017/03/Un-amor-de-transferencia.pdf>

Martín Carbonell, M. (2017). Psicología e hipnosis en el tratamiento del dolor. *Psicología y dolor* (p 69). Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.  
<https://ediciones.ucc.edu.co/index.php/ucc/catalog/download/72/62/613-1?inline=1>

Martínez-Lavín, M. (2012). *La ciencia y la clínica de la Fibromialgia*. Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V.

Martínez-Lavín, M. [Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz] (9 de junio 2017). *Lo nuevo en Fibromialgia* [Archivo de video]. Youtube.

<https://www.youtube.com/watchv=xzEA4tOpe6o>

Martínez-Lavín, M. (2019). *Fibromialgia*. La Medicina es así.

[www.asieslamedicina.org.mx/fibromialgia/?pdf=3283](http://www.asieslamedicina.org.mx/fibromialgia/?pdf=3283)

Márquez López Mato, A. (1. de junio 2011). Síndrome de sensibilidad central. Investigaciones y opiniones. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(1), 57-63.

[https://www.alcmeon.com.ar/17/05\\_mato\\_ss.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/17/05_mato_ss.pdf)

Mazzuca, R., Schejtman, F., Godoy, C. (2003). *Cizalla del cuerpo y del alma. La Neurosis de Freud a Lacan*. Berggasse 19, ediciones. [https://www.studocu.com/bo/document/universidad-privada-](https://www.studocu.com/bo/document/universidad-privada-franz-tamayo/psicologia-general/cizalla-del-cuerpo-y-el-alma-mazzuca-et-al/8794274)

[franz-tamayo/psicologia-general/cizalla-del-cuerpo-y-el-alma-mazzuca-et-al/8794274](https://www.studocu.com/bo/document/universidad-privada-franz-tamayo/psicologia-general/cizalla-del-cuerpo-y-el-alma-mazzuca-et-al/8794274)

McBeth, J., Macfarlane, G., Benjamin, S. y Silman, A. (4 de abril 2001). Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: Results of a large population-based study [Las características de la somatización predicen la aparición del dolor crónico generalizado: resultados de un estudio basado en población grande]. *Arthritis & Rheumatism*, 44(4), 940-946.

[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1529-](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1529-0131%28200104%2944%3A4%3C940%3A%3AAID-ANR151%3E3.0.CO%3B2-S)

[0131%28200104%2944%3A4%3C940%3A%3AAID-ANR151%3E3.0.CO%3B2-S](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1529-0131%28200104%2944%3A4%3C940%3A%3AAID-ANR151%3E3.0.CO%3B2-S)

MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (13 de agosto del 2020). *Yoga para salud*.

Recuperado el 15 de marzo 2021 en

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000876.htm>

Megías Lizanco, F. y Serrano Parra, M. D. (2018). *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. (3a. ed., Vol. II) Difusión Avances de Enfermería

Merayo Alonso, L. A., Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., Ariza Ariza, R. y Navarro Sarabia, R., (Marzo- Abril 2007). Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia.

*Reumatología clínica*, 3(2), 55-62. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-un-acercamiento-bibliometrico-investigacion-fibromialgia-articulo-resumen-S1699258X07736021>

Mist, S. D., Firestone, K. A., y Jones, K. D. (26 marzo 2013). Complementary and alternative exercise for fibromyalgia: a meta-analysis [Ejercicio complementario y alternativo para la fibromialgia: un meta-análisis]. *Journal of pain research*, 6, 247–260.

<https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=15605>

Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es&tlng=es).

Montemayor Pachur, E. E. (2016). *Trastornos de la Personalidad en pacientes con Fibromialgia y trastorno depresivo mayor, estudio comparativo en pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* [Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México].

<http://132.248.9.195/ptd2016/agosto/0747915/Index.html>

Munguía Izquierdo, D., Legaz Arrese, A. y Alegre de Miquel, C. (2007). *Guía práctica clínica sobre el síndrome de fibromialgia para profesionales de la salud*. Edit. Elsevier.

National Fibromyalgia & Chronic Pain Association (2014). *Fibromyalgia*. Recuperado el 2 de noviembre 2019 de <https://www.fmcpaware.org/prevalence>

Oka, T., Wakita, H. y Kimura, K. (2017). Development of a recumbent isometric yoga program for patients with severe chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A pilot

study to assess feasibility and efficacy. [Desarrollo de un programa de yoga isométrico recostado para pacientes con síndrome de fatiga crónica grave/encefalomielitis miálgica: un estudio piloto para evaluar la viabilidad y la eficacia]. *BioPsychoSocial Med*, 11(5) <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13030-017-0090-z.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico* (p.993). Editorial Médica Panamericana.

Parc de Salut. (2006-2022). *Unidad de Experiencia Clínica de Síndromes de Sensibilización Central. Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de Sensibilidad Química Múltiple*. Barcelona, España. Recuperado el 4 de marzo 2021 de <https://www.parcdesalutmar.cat/es/fibromialgia/tractament-fibromialgia-p/>

Parra Delgado, M. (2011). *Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia* [Tesis doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha]. <https://fibro.pro/wp-content/uploads/2017/06/08.pdf>

Patiño, L. (s.f.) *Teorías y Métodos conductismo y enfoque cognitivo*. [https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1649/RP\\_eje4.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=color%20de%20ojos%20.,Terapias%20de%2](https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1649/RP_eje4.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=color%20de%20ojos%20.,Terapias%20de%2)

Peláez-Ballestas, I., Sanin, L. E., Moreno-Montoya, J., Alvarez-Nemegyei, J., Burgos-Vargas, R., Garza-Elizondo, M., Rodríguez-Amado, J., Goycochea-Robles, M. V., Madariaga, M., Zamudio, J., Santana, N., Cardiel, M. H. (2011). Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. [Epidemiología de las Enfermedades Reumáticas en México. Un Estudio de 5 Regiones Basado en la Metodología COPCORD]. *The Journal of Rheumatology Supplement*,

86,3-8. <https://www.jrheum.org/content/86/3>

Peñacoba Puente, C. (26 junio 2009). *Intervención Psicológica en personas con Fibromialgia*.

Infocop Online. Consejo General de la Psicología de España.

[www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2436](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2436)

Pérez-Rincón, H. (1998). *El teatro de las Histéricas. De cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricos*. Fondo de Cultura Económica.

<http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/162/htm/lcpt162.htm>

Pros Casas, M. (2006). *Fibromialgia una enfermedad de los tiempos modernos*. Editorial Océano Ambar.

Rang, H. P., Ritter, J. M., Flower, R.J. y Henderson, G. y Moore, P. (2016). *Rang y Dale Farmacología*. (8ª ed., pp 570-585). Editorial Elsevier.

<https://webooks.co/images/team/academicos/medicina/farmacologia/12.Rang%20y%20Dale%20Farmacologia%208a%20Ed.pdf>

Reche Camba, E. (2019). *Evaluación de la regulación emocional cognitiva en fibromialgia mediante el instrumento Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)* [Tesis para obtener el grado de doctorado en psicología, Universitat Autònoma de Barcelona].

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/667437/erc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez Martínez, N. y Ángel Macías, M. (2012). Acupuntura en el manejo complementario de la fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 19(1), 27-39.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-81232012000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000100004&lng=en&tlng=es).

Roll López, S. (2015). *La Escritura de Diarios, Cuentos, Cartas y Poemas en Psicoterapia: Una*

*Revisión Documental en México, Argentina y España* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Lasallista]. <https://docplayer.es/74843392-Revision-documental-en-mexico-argentina-y-espana-samuel-roll-lopez-trabajo-de-grado-asesor-luis-felipe-navarro-arboleda.html>

Ruiz Sandoval, G. (2016). *Ansiedad y percepción del dolor en fibromialgia* [Trabajo fin de Máster, Universidad de Jaén].  
<http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/6239/1/TFM.%20Gloria%20Ruiz%20Sandoval.%20%281%29.pdf>

Sabater, G. K. (2016). *Eficacia del termalismo en patologías osteoartromusculares del MMII* [Tesis de Licenciatura, Universidad Fasta].  
[http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1155/2016\\_K\\_013.pdf?sequence=1](http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1155/2016_K_013.pdf?sequence=1)

Saldaña Chairez, M. (01 de junio 2014). *Apremian Atención al Síndrome de Fibromialgia*. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VII Legislatura. Recuperado el 27 de octubre de 2017 de <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-apremian-atencion-al-sindrome-fibromialgia-18042.html>

Saldías A., P. y Lora, M. E. (2006). Síntoma Conversivo en la Histeria. *Ajayu*, IV(2), 228-243.  
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v4n2/v4n2a5.pdf>

Samat, J. (2006). *Conceptos fundamentales del psicoanálisis freudiano*. Facultad Universidad Católica de Cuyo.  
[https://hortusmentis.files.wordpress.com/2018/03/conceptos\\_fundamentales\\_del\\_psicoanalisis\\_freudiano.pdf](https://hortusmentis.files.wordpress.com/2018/03/conceptos_fundamentales_del_psicoanalisis_freudiano.pdf)

Sánchez Domínguez, J. P. (2018). El Psicoanálisis y su lugar entre las ciencias. *Límite (Arica)*, 13(42), 44-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50652018000200044>

Santamaría Ambriz, R. (enero-junio 2002). Acerca del método psicoanalítico de Investigación. *Universidades*, (23), 49-63. <http://www.redalyc.org/pdf/373/37302307.pdf>

Sanz Andrea, C. (22 febrero 2018). Biofeedback y Neurofeedback: aplicaciones en el ámbito psicológico. *Instituto Superior de Estudios Psicológicos*. <https://www.isep.es/actualidad-neurociencias/biofeedback-y-neurofeedback-aplicaciones-en-el-ambito-psicologico/>

Secretaría de Salud (12 de mayo 2016). *Especialistas confirman que la Fibromialgia es una Neuropatía*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/especialistas-confirman-que-la-fibromialgia-es-una-neuropatia>

Sociedad Argentina de Reumatología (2016). Guías Argentinas de práctica Clínica en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. *Revista Argentina de Reumatología*. [https://www.reumatologia.org.ar/recursos/guia\\_fibromialgia\\_2016.pdf](https://www.reumatologia.org.ar/recursos/guia_fibromialgia_2016.pdf)

Suárez Rodríguez, B. L. y Muñiz Casas, I. (2013). Mesoterapia en pacientes con Fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología*, 14(20), 93-98. <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/5/376>

Tunks, E. R., Crook, J., y Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course and prognosis. [Epidemiología del dolor crónico con comorbilidad psicológica: prevalencia, riesgo, curso y pronóstico]. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 224-234. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370805300403>

Valdés González, A. A., Paz Gómez, N., Ramos Marrero, O., Castro Morillo, E. M. Oviedo

Tápanez, E. (nov.- dic. 2011). Integración del masaje terapéutico con el tratamiento convencional en pacientes diagnosticadas de fibromialgia. *Revista Médica Electrónica*, 33 (6), 710-717. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000600004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000600004&lng=es&tlng=es)

Vargas G., A. [Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz] (1 junio 2018). *Generalidades y Avances en la fibromialgia* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Tb4kHVOGiW8>

Vásquez-Dextre, E. R. ( enero 2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006)

Vega, V. (2015). *El complejo de Edipo en Freud y Lacan*. Universidad de Buenos Aires. <https://xdoc.mx/documents/el-complejo-de-edipo-en-freud-y-lacan-60790e2834366>

Villalobos Hernández, I. B. (2013). *Prevalencia de fibromialgia en mujeres pre y posmenopáusicas* [Tesis de posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698429/Index.html>

Vizcaíno-Salazar, G. J. (2017). Importancia del cálculo de la sensibilidad, la especificidad y otros parámetros estadísticos en el uso de las pruebas de diagnóstico clínico y de laboratorio. *Medicina & Laboratorio*, 23(7-8), 366. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883697/importancia-calculo-sensibilidad-y-especificidad.pdf>

Winfield, J. B. (4 abril 2001). Does Pain in Fibromyalgia Reflect Somatization? [¿El dolor en la fibromialgia refleja somatización?]. *Arthritis & Rheumatism*. American College of

*Rheumatology*, 44(4), 751-753.

[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/15290131\(200104\)44:4%3C751::AID-ANR130%3E3.0.CO;2-Z](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/15290131(200104)44:4%3C751::AID-ANR130%3E3.0.CO;2-Z)

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Rousell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B. y Yunus, M. B. ( mayo 2010). The American College of Reumathology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care and Research*, 62(5), 600-610.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20461783>

Worrell, L. M., Krahn, L. E., Sletten, C. D., Pond, G. R. (1° de abril 2001). Treating Fibromyalgia With a Brief Interdisciplinary Program: Initial Outcomes and Predictors of Response. [Tratamiento de la fibromialgia con un breve programa interdisciplinario: resultados iniciales y predictores de respuesta]. *Mayo Clinic Proceedings*, (76), 384-390.

<https://atriumhealth.org/documents/NorthEastInternalIntegrative/researchlibrary/Fibromyalgia/BriefInterdisciplinaryProgram.pdf>

Young, P., Finn, B. C., Álvarez, F., Verdaguer, M. F., Bottaro, F. J., & Bruetman, J. E. (marzo 2008). Síndrome serotoninérgico: Presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. *Anales de Medicina Interna*, 25(3), 125-130.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021271992008000300006&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992008000300006&lng=es&tlng=es)