

Llevando el dolor a cuentas: ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia

Por: Yeidee Lee Méndez Gómez¹

¹ La Dra. Yeidee Lee Méndez Gómez posee un doctorado en Psicología Clínica y Consejería Psicológica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano. Este artículo es el resultado de su disertación doctoral. Cualquier comunicación sobre esta investigación puede contactar a yeideel.mendezgomez@intermetro.edu

Resumen

La fibromialgia es una afección que se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado (Cabo et al., 2017). La misma tiene un impacto considerable en el bienestar físico, psicológico y social del paciente que lo padece (Del Olmo, et al., 2019). Este estudio tuvo como propósito analizar la relación de la intensidad de dolor percibido en pacientes con diagnóstico de fibromialgia con las dimensiones cognitivas-afectivas y somáticas de la ansiedad y las dimensiones somáticas-motivacionales y cognitivas de la depresión. El estudio fue cuantitativo, descriptivo – correlacional. Participaron 77 participantes de 21 años o más: 73 féminas y 4 varones con diagnóstico de fibromialgia. Los hallazgos de esta investigación demuestran que la intensidad del dolor percibido se relaciona positivamente con las dimensiones de la ansiedad (cognitiva-afectiva y somática). Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre la intensidad del dolor percibido y las dimensiones de la depresión (cognitiva y somático-motivacional). La presente investigación ayuda a concientizar sobre la importancia del trabajo que los profesionales de la salud mental pueden aportar para abordar los aspectos psicológicos del diagnóstico de fibromialgia.

Palabras claves: fibromialgia, dolor, ansiedad, depresión, psicología de la salud.

Abstract

Fibromyalgia is a condition characterized by the presence of widespread chronic musculoskeletal pain (Cabo et al., 2017). It has a considerable impact on the physical, psychological and social well-being of the patient who suffers from it (Del Olmo, et al., 2019). The purpose of this study was to analyze the relationship between the intensity of pain perceived in patients diagnosed with fibromyalgia with the cognitive-affective and somatic dimensions of

anxiety and the somatic-motivational and cognitive dimensions of depression. The study was quantitative, descriptive - correlational. 77 participants aged 21 years or older participated: 73 females and 4 males with a diagnosis of fibromyalgia. The findings of this research show that the intensity of perceived pain is positively related to the dimensions of anxiety (cognitive-affective and somatic). However, no significant relationship was found between the intensity of perceived pain and the dimensions of depression (cognitive and somatic-motivational). This research helps to raise awareness about the importance of the work that mental health professionals can contribute to address the psychological aspects of the diagnosis of fibromyalgia.

Keywords: fibromyalgia, pain, anxiety, depression, health psychology.

Introducción

La fibromialgia es una afección crónica de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado con baja tolerancia al dolor, hiperalgesia y alodinia (Cabo et al., 2017). En muchas ocasiones este dolor va acompañado de problemas para conciliar y mantener el sueño, fatiga, cansancio, ansiedad y depresión (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2020). Fuentes et al. (2019) planteó que tanto el dolor crónico como la depresión son trastornos altamente frecuentes. Argumentó que la presencia de dolor crónico y depresión en los pacientes podría deberse a que cada una de ellas favorece a la aparición de la otra, y esta comorbilidad empeora el curso de ambas enfermedades. Por otro lado, Ruíz et al. (2016) señalan que los síntomas de ansiedad contribuyen al mantenimiento y exacerbación del dolor percibido en los pacientes con diagnóstico de fibromialgia, manteniendo constante la intensidad del dolor y calificando el mismo como insoportable.

La fibromialgia es una enfermedad prevalente y comórbida con otras patologías crónicas, destacando los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos. Múltiples estudios evidencian que la intensidad del dolor percibido se relaciona positivamente con los trastornos de ansiedad y depresión (Cervigón, 2017; Fuentes, et al., 2019; Ruíz, 2016). Sin embargo, existe un vacío en la literatura psicológica en Puerto Rico cuáles de las dimensiones de la ansiedad (*cognitiva-afectiva* y *somática*) y depresión (*somático-motivacional* y *cognitiva*) se relacionan con la intensidad del dolor percibido. Esto nos lleva a preguntarnos *¿Cómo se relaciona la intensidad del dolor percibido con las dimensiones de ansiedad y depresión?*

Para responder a esta interrogante realizamos un estudio en Puerto Rico con pacientes diagnosticados con fibromialgia donde se correlacionó la intensidad del dolor percibido con las dimensiones de ansiedad (cognitiva-afectiva y somática) y las dimensiones de la depresión

(somático-motivacional y cognitiva). Estos hallazgos nos permiten derivar conclusiones sobre cómo la intensidad del dolor percibido se vincula con las dimensiones de ansiedad y depresión, las cuales, a su vez, nos permiten derivar implicaciones teóricas y prácticas.

Intensidad del Dolor Percibido en Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia

De acuerdo con la Sociedad Española de Reumatología (2015) la principal manifestación clínica importante de la fibromialgia es el dolor crónico caracterizado por ser difuso, inespecífico y generalizado. Según el Colegio Americano de Reumatología (2010) los criterios diagnósticos de la fibromialgia consisten en un Índice de dolor generalizado: *Widespread Pain Index*, (WPI) y la Escala de gravedad de síntomas: *Symptom Severity Score* (SS-Score). A su vez, el paciente debe informar al menos un nivel de gravedad en los siguientes síntomas: cansancio, despertar con cansancio y problemas cognitivos. El dolor y los síntomas deben haber estado presentes durante un periodo mínimo de tres meses y se basan en la cantidad de 19 zonas doloridas específicas del cuerpo.

Las causas de la fibromialgia no son claras y éstas varían según la persona. La investigación actual sugiere una “falla” en la forma en que el sistema nervioso central se comunica con el cerebro (Amigues, 2019). De acuerdo con Pérez et al. (2016) resalta el que una característica relevante es que el síndrome de fibromialgia afecta con mayor frecuencia a las mujeres. A su vez, estos autores argumentaron que el diagnóstico de fibromialgia no tiene cura definitiva y su tratamiento va dirigido a disminuir el dolor y tratar los síntomas que le acompañan.

La Teoría de la Compuerta (Melzack & Wall, 1965) establece que la percepción del dolor involucra un proceso multidimensional donde participa el sistema nervioso central y el sistema

nervioso periférico. Esta teoría propone un mecanismo de “compuerta” en la médula espinal que actúa como modulador en los impulsos nerviosos bloqueando las señales de dolor o por el contrario permitiéndole el paso hacia el cerebro (Cherry, 2018). Este mecanismo de apertura de la compuerta se verá afectado por la actividad relativa de las fibras de la neurona: las fibras de diámetro pequeño (C) facilitan la transmisión del impulso nervioso, esto conlleva a que la puerta abra y el individuo experimente el dolor y las fibras de diámetro grande (A-B) inhiben la transmisión del impulso nervioso, es decir, se cierra la puerta y se inhibe el dolor (Melzack & Wall, 1965). Los autores añaden que factores psicológicos como la experiencia pasada, la tensión, la ira, la depresión, la ansiedad y la emoción influyen en el sistema de control de puerta, actuando sobre la percepción del dolor. Por otro lado, como factores que cierran la compuerta y disminuyen el dolor destacan la meditación, la práctica de ejercicio, la relajación, la alegría, los pensamientos positivos y el mantenimiento de relaciones interpersonales.

A través de la literatura se ha encontrado que la intensidad del dolor percibido por los pacientes que padecen de fibromialgia se relaciona con menores niveles de calidad de vida y bienestar emocional (Monroy, et al., 2019; Sanabria & Gers, 2018). Asimismo, el dolor percibido tiene un impacto negativo en el desempeño laboral de los pacientes (Marrero Centeno et al., 2018). En la literatura se evidencia que los pacientes con diagnóstico de fibromialgia experimentan más eventos vitales que personas que no padecen de fibromialgia (Lourenco et al., 2015; Vázquez & Vázquez, 2015). De otra parte, diversos estudios (Bonete, et al., 2016; Lozada 2016; Mur, 2016) han evidenciado que el diagnóstico de fibromialgia es comórbido con trastornos psicológicos relacionados a la ansiedad y depresión.

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que se experimenta como respuesta anticipatoria ante un peligro, este puede ser externo o interno, real o percibido (Sadín, et al., 2018). Biológicamente es una respuesta adaptativa de un sistema de alarma que prepara a un organismo para enfrentarse a un peligro potencial (Pérez, 2003). De acuerdo con Pérez (2003) en condiciones normales los síntomas de ansiedad pueden ser imperceptibles. No obstante, cuando es intenso el individuo experimenta una sensación de inquietud que se acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, dificultad para concentrarse, aumento de la tensión muscular y de síntomas autonómicos entre los que destacan las palpitaciones, la sudoración, la falta de aliento o la presencia de molestias digestivas.

La mayoría de los centros nerviosos que participan en la producción y modulación de la ansiedad en el cerebro forman parte del sistema límbico (Flores, 2019). Payares (2020) propone que la ansiedad y su modulación es una consecuencia de la actividad conjunta de las neuronas presentes en todas las zonas que participan en su desarrollo y que, a través de un disparo codificado y de la liberación de sus neurotransmisores, permiten al individuo prepararse a responder adaptativamente a las amenazas de su entorno. Destaca que GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio que tiene un papel determinante en cuanto al control de la ansiedad y el miedo, por lo cual un déficit de GABA conduce a la aparición de la ansiedad.

Desde el modelo Cognitivo Conductual, Beck y Clark (2012) plantean que la ansiedad es el aumento de la sensación de vulnerabilidad en las valoraciones sesgadas y exageradas que hace un individuo de un posible daño personal en respuestas a señales neutrales. Es decir, la activación de creencias disfuncionales sobre una posible amenaza, y los errores en el pensamiento de información asociados provocan un miedo notable y excesivo que no es

coherente con la realidad objetiva. Los autores argumentaron que, desde la perspectiva cognitiva, esta valoración primaria de la amenaza conlleva a una perspectiva errónea que sobrestima la probabilidad de que ocurra el daño y la gravedad percibida del mismo. Consecuentemente el individuo realiza una valoración secundaria, la cual consiste en la capacidad que posee para el afrontamiento de la amenaza. Por lo cual, la intensidad de la ansiedad dependerá del equilibrio entre la percepción inicial y secundaria.

Se ha encontrado que la ansiedad se relaciona con una peor percepción de salud mental percibida y una mayor inferencia emocional en el funcionamiento ocupacional de los pacientes que padecen de fibromialgia (Ruiz, 2016). También se ha encontrado que entre los tipos de personalidad que más se asocia con el diagnóstico de fibromialgia se encuentra la personalidad ansiosa, y que estos rasgos ansiosos pueden influir en la aparición y mantenimiento de la fibromialgia (Fernández, 2017). Lozano et al. (2020) encontraron que el apoyo interpersonal disminuye a medida que la propensión ansiosa aumenta. Diversas investigaciones (De León, 2019; Gelves, 2017; Ruiz, 2016) han resaltado la relación entre la intensidad del dolor percibido y los síntomas de ansiedad, cada una de ellas favoreciendo a la aparición de la otra.

Depresión

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades diarias, disminución de energía, pérdida de confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, poca capacidad de concentración y una aparición de trastornos del sueño y alimentación (Díaz & González, 2012). La propuesta neuroanatómica de la depresión se basa en que una disfunción en algunas estructuras cerebrales como la amígdala, el hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y sus conexiones pueden influir en la presencia de depresión (Bretón, 2020). Por otro lado, Cruzblanca et al. (2016) proponen la

hipótesis de monoaminas es el marco conceptual predominante que aborda la fisiopatología de la depresión mayor, estableciendo que el síndrome se origina por la menor disponibilidad de monoaminas en el cerebro, principalmente de serotonina y noradrenalina.

Desde el modelo cognitivo, Beck y Alford (2009) establecen que la principal alteración de la depresión se encuentra en el procesamiento e interpretación de la información, utilizando este último para comprender “esquemas” mentales del paciente y su posterior adaptación en el aspecto motivacional, emocional y fisiológico. Es decir, el problema psicológico responsable por las emociones y comportamientos de aquellos que sufren de depresión es a consecuencia de sesgos en el pensamiento. A lo largo del tiempo, estos pensamientos automáticos y formas de interpretar las situaciones, se convierten en formas estereotipadas y rígidas acerca de la propia percepción de lo que ocurre y de su conducta dando paso a la depresión (Glover, 2018).

Se ha encontrado que la depresión se relaciona con la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas en las personas que padecen de fibromialgia (Gelves, 2017). También, se ha encontrado que la depresión es producto de la incapacidad que experimentan los pacientes al no poder realizar una serie de actividades con la misma agilidad antes del diagnóstico de fibromialgia y a su vez, estos dejan de trabajar (Marrero, 2018; Monroy, 2019). De igual forma, en diversos estudios han evidenciado la relación entre la intensidad del dolor y los síntomas de depresión, de tal modo, a medida que aumenta la intensidad del dolor, aumenta los síntomas de depresión (Cervigón 2017; Fuentes; 2019; Lozada, 2016).

A la luz de la literatura revisada y la fundamentación teórica nos preguntamos: 1) ¿Cómo se relaciona la intensidad del dolor percibido con las dimensiones cognitiva – afectivas y somáticas de la ansiedad? 2) ¿Cómo se relaciona la intensidad del dolor percibido con las dimensiones somático – motivacional y cognitiva de la depresión?

A partir de estas preguntas hipotetizamos que:

H₁: Existe una relación positiva entre la intensidad del dolor percibido y las dimensiones cognitiva - afectiva y somática de la ansiedad.

H₂: Existe una relación positiva entre la intensidad del dolor percibido y las dimensiones somático - motivaciones y cognitiva de la depresión.

Proceso Psicológico

El diagnóstico de la fibromialgia tiene un impacto considerable en el bienestar físico, psicológico y social del paciente que lo padece (Del Olmo, et al., 2019). En el aspecto físico los pacientes señalan la fatiga, el cansancio y los dolores en diversas áreas del cuerpo, entiéndase, manos, pies, espalda y hombros, como los síntomas físicos que más afectan y limitan el escenario social y laboral (Marrero, 2018). Estos síntomas conducen a serias limitaciones en los hábitos de los pacientes, forzándolos a adaptarse, estos comienzan a dejar atrás ciertas tareas o actividades que antes realizaban con naturalidad y sin esfuerzo. Ruiz (2016) establece que estos aspectos conducen a los pacientes a experimentar alteraciones emocionales del estado de ánimo como ansiedad y depresión. De la misma forma, Sanabria y Gers (2018) argumentaron que los pacientes con diagnóstico de fibromialgia experimentan una disminución en sus actividades física y sociales, y que la aparición de dolor les genera sentimientos de rabia, impotencia y tristeza. En otras palabras, el impacto que tiene el dolor físico que caracteriza el diagnóstico de fibromialgia impacta múltiples áreas de la vida del paciente que la padece. Inicialmente los pacientes no pueden realizar las actividades cotidianas con la misma agilidad que presentaban antes del diagnóstico. Por lo cual, el aspecto social comienza a verse deteriorado. Por consecuente, los pacientes experimentan cambios en su estado anímico, como la aparición de

síntomas ansiosos y depresivos. El modelo Cognitivo Conductual (Beck & Clark, 2012) nos ayuda a explicar la relación entre la percepción del dolor percibido del dolor y la ansiedad. De acuerdo con el modelo, las personas perciben Esto puede estar relacionado con la activación de creencias disfuncionales sobre una posible amenaza (imposibilidad para manejar el dolor) y la capacidad percibida para el afrontamiento de esta amenaza. Es decir, genera una respuesta afectiva de alta ansiedad no placentera (ansiedad) debido a este desbalance entre la amenaza y la capacidad de afrontamiento percibida.

El modelo cognitivo (Beck & Alford, 2009) nos ayuda a explicar el vínculo entre la intensidad del dolor percibido y la depresión. La persona con diagnóstico de fibromialgia al percibir altos niveles de percepción del dolor realiza una valoración actual del su componente fisiológico donde mantienen un sesgo negativo hacia las actividades que podía realizar y ahora no por su condición. Esta distorsión cognitiva afecta su visión de sí mismo, del mundo y el futuro; por ejemplo, actividades que antes podía realizar y como consecuencia del dolor nos puede realizar con la misma agilidad, el pensamiento de que no va a mejor y el deterioro de su autovaloración.

Justificación

Conocer las dimensiones sintomáticas de la ansiedad y depresión que con mayor frecuencia se relacionan con la intensidad del dolor percibido puede contribuir al conocimiento y entendimiento del diagnóstico de la fibromialgia por parte de los profesionales de la salud. Asimismo, los resultados de esta investigación pueden contribuir a las prácticas clínicas de la psicología en Puerto Rico que resulte en un tratamiento psicológico adecuado para los pacientes que padecen de fibromialgia.

Método

Diseño

El estudio tuvo enfoque cuantitativo, no experimental. El alcance del estudio fue descriptivo-correlacional.

Participantes

La selección de los participantes estuvo basada en una muestra no probabilística, por disponibilidad y fue recogida mediante modalidad electrónica. La muestra total del estudio fue de 77 distribuidos: femenino (94.8%, $f = 73$) y masculino (5.2%, $f = 4$). Las edades de los participantes fluctuaron entre 21 – 70 años ($M = 46.75$, $DE = 10.17$). Los criterios de inclusión para el estudio fueron: 1) Poseer un diagnóstico de fibromialgia otorgado por un Médico o Reumatólogo; 2) Tener 21 años o más; 3) Contar con acceso y conocimiento tecnológico para poder participar en la investigación de forma virtual; 4) Dominar el idioma español.

Procedimiento general

Luego de obtener el permiso de la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad Interamericana de Puerto Rico se procedió con la publicación de un anuncio en la red social *Facebook* para la búsqueda de los participantes que padecen de fibromialgia, en el perfil creado específicamente para este estudio. El anuncio contenía información pertinente respecto a la participación del estudio, como también, un código de barra (código QR) más un enlace que conducía a la plataforma en línea www.psychdata.com, en la cual se llevó a cabo el estudio. Esto con el fin de velar por la seguridad y el bienestar de los participantes durante la pandemia COVID-19, al evitar la exposición y/o el contacto personal entre la investigadora y los

participantes. A su vez, se colocó el anuncio en el muro de Facebook del grupo de apoyo de fibromialgia GAFI. También, se colocó el anuncio en diversas oficinas médicas de Puerto Rico.

Una vez los participantes accedieron a la plataforma digital www.psychdata.com, tuvieron acceso una “hoja de invitación para participar del estudio”, posteriormente se les presentó una “hoja de consentimiento”, la cual contenía preguntas dirigidas a los criterios de inclusión y exclusión. Los participantes completaron una hoja de datos sociodemográficos, el Cuestionario de dolor McGill, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck II. En los casos, donde el participante decidió no contestar los Instrumentos, pudo retirarse del estudio sin ninguna penalidad.

Instrumentos

Hoja de Datos Sociodemográficos. este instrumento estuvo basado en preguntas para conocer el perfil social de los participantes del estudio, como el género y la edad.

Inventario de Depresión de Beck II. Este inventario autoadministrado que consta de 21 preguntas de selección múltiple sobre una categoría específica de síntomas y signos asociados a la depresión. El inventario consta de cuatro anclajes de respuesta de fluctúan de 0 – 3. Estas preguntas miden la severidad de la depresión en las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se completa el instrumento. Sanz et al. (2005) reportaron un alfa de Cronbach de la escala de .89.

Inventario de Ansiedad de Beck. Este inventario autoadministrado que mide los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad. Consta de 21 preguntas que miden la gravedad de la ansiedad durante la última semana, incluyendo el día en que se completa

el instrumento. El inventario consta de cuatro anclajes de respuesta de fluctúan de 0 – 3. Sanz et al. (2012) reportaron un alfa de Cronbach de la escala de .90.

Cuestionario de Dolor Mc Gill, versión abreviada. Este cuestionario consta de 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos). El cuestionario consta de cuatro anclajes de respuesta de fluctúan de 0 (*ninguno*) – 3 (*severo*). Además, incluye un Índice de intensidad de dolor, el cual se explora mediante una pregunta con cinco posibles categorías de respuestas y una Escala Visual análoga que va desde 0 a 10, siendo 0 sin dolor y 10 dolor insoportable. Wright et al. (2001) reportaron índices de consistencia interna de las dimensiones del cuestionario mediante alfas de Cronbach: Sensorial ($\alpha = .78$) y Afectivo ($\alpha = .78$).

Resultados

Los datos de los participantes fueron descargados de la plataforma PsychData® y posteriormente vaciados a una plantilla del programa SPSS para su posterior análisis. Se realizaron análisis de correlación r de Pearson, cálculo de la consistencia interna de los instrumentos y comparaciones por grupo. Para poner a prueba las hipótesis del estudio, se realizó un análisis de correlación r de Pearson entre las variables. En la Tabla 1 se presentan las correlaciones entre las variables.

Tabla 1*Correlaciones entre Ansiedad y Depresión con la Intensidad del Dolor Percibido (N = 77)*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	□	□	1	2	3	4	5	6
1. Inventario de Ansiedad de Beck	2.43	.74	.95	.95						
2. Ansiedad Somática	2.48	.68	.90	.90	.95*					
3. Ansiedad Cognitiva- Afectiva	2.39	.91	.92	.92	.95*	.85*				
4. Inventario de Depresión de Beck	2.36	.68	.92	.95	.54*	.51*	.56*			
5. Depresión Somática-Motivacional	7.76	.71	.82	.82	.50*	.46*	.56*	.95*		
6. Depresión Cognitiva	1.91	1.36	.92	.92	.53*	.50*	.54*	.94*	.78*	
7. Intensidad del dolor percibido	9.12	1.36	-	-	.46*	.44*	.35*	.11	.07	.13

Nota: *M* = media; *DE* = desviación estándar; □ = alfa de Cronbach; □ = omega de McDonalds, * = $p < .001$. No se pudo calcular el alfa de Cronbach y el omega de McDonald's de la intensidad de dolor percibido ya que es un indicador mono-ítem.

Las correlaciones entre las variables del estudio fluctuaron entre .07 - .95. Del análisis de correlación se encontró que la intensidad del dolor percibido moderada y significativa con las dimensiones de ansiedad cognitiva-afectiva $r(75) = .35, p < .001$ y somática $r(75) = .44, p < .001$, brindando apoyo a la hipótesis H₁. Cabe destacar que se encontró una correlación moderada y significativa entre la percepción del dolor percibido y la puntuación total del Inventario de Ansiedad de Beck $r(75) = .78, p < .001$. Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de depresión somática-motivacional $r(75) = .07, p = .28$ y cognitiva $r(75) = .13, p = .13$, por lo que no se apoya las hipótesis H₂. De igual forma, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción del dolor percibido puntuación total del Inventario de depresión de Beck $r(75) = .11, p = .18$

Discusión

El propósito de esta investigación fue analizar la relación de la intensidad de dolor percibido en pacientes con diagnóstico de fibromialgia con las dimensiones cognitivas-afectivas y somáticas de la ansiedad y las dimensiones somáticas-motivacionales y cognitivas de la depresión. Los hallazgos demuestran que la intensidad del dolor percibido se relaciona positivamente con las dimensiones de la ansiedad (cognitiva-afectiva y somática). Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre la intensidad del dolor percibido y las dimensiones de la depresión (cognitiva y somático-motivacional).

En esta investigación la mayoría de las personas con diagnóstico de fibromialgia fueron mujeres. Este resultado es cónsono con otras investigaciones (Cabo, et al., 2017; Cervigón, 2017; Lourenco et al., 2015; Lozano et al., 2020;) las cuales señalan que las mujeres tienden a tener con mayor frecuencia el diagnóstico de fibromialgia. A su vez, la mayoría de las participantes (62.4%) se encontraban en la etapa de desarrollo de la adultez media. Esto es cónsono con

estudios previos (Mur et al., 2016; Núñez et al., 2021). Demibarg y Bulut (2018) señalan que la fibromialgia es prevalente en estas edades ya que son consideradas como edades productivas. Al momento de diseñar intervenciones en pacientes con diagnóstico de fibromialgia, sería pertinente tomar en cuenta los estresores y factores psicosociales característicos de esta etapa de desarrollo.

La primera pregunta de investigación estuvo dirigida a identificar la relación existente entre la intensidad del dolor percibido en los participantes diagnosticados con fibromialgia y la dimensión cognitiva- afectiva y somática de la ansiedad según el Inventario de Ansiedad de Beck. Se encontró que a mayor dolor percibido por los participantes con el diagnóstico de fibromialgia, mayor era la experimentación de síntomas cognitivos – afectivos y somáticos de la ansiedad. Este hallazgo sugiere que los síntomas de ansiedad continúan siendo un factor psicológico relevante para los pacientes que padecen de fibromialgia, el cual puede ser tomado en consideración a la hora de evaluar y tratar el diagnóstico de la condición.

La terapia psicológica juega un papel fundamental en el tratamiento de los síntomas cognitivos – afectivos y somáticos de la ansiedad. Los hallazgos de la presente investigación arrojan información que permite elegir posibles modelos terapéuticos que tomen en cuenta los aspectos cognitivos-afectivos y somáticos de la ansiedad como, por ejemplo, el modelo cognitivo conductual para tratar los síntomas cognitivos - afectivos, y la terapia de aceptación y compromiso para tratar los síntomas somáticos. Albajes y Moix (2021) destacaron que la psicoeducación, las técnicas de relajación, el modelo cognitivo conductual y la terapia de Aceptación y Compromiso contribuyen a una mejoría en el bienestar emocional y físico del paciente que padece de fibromialgia. Argumentaron que, la terapia de Aceptación y Compromiso permite al paciente vivir en el presente, aceptando las situaciones dolorosas de la vida y viviendo conforme a sus valores. Asimismo, Ascaso (2021) resaltó la terapia Cognitiva enfocada en la

atención plena como modelo de intervención beneficiosa en el impacto general de la fibromialgia, la depresión y la ansiedad.

El modelo Cognitivo Conductual propone que lo que determina en nivel de ansiedad experimentado por el individuo es el modo en que este valora o evalúa la situación. Por lo que, el modo de pensar ejerce una influencia en cómo se siente la persona (Clark & Beck, 2012). Por otro lado, Melzack y Wall (1965) propusieron la “Teoría de la Compuerta” para explicar los procesos involucrados en la percepción del dolor. Argumentaron que los factores psicológicos como la experiencia pasada, la tensión y la emoción influyen y actúan sobre la percepción del dolor en los individuos.

Muy relacionado con los hallazgos de la presente investigación, Ruiz (2016) planteó que, la ansiedad puede contribuir al mantenimiento y exacerbación del dolor percibido por los pacientes que padecen de fibromialgia, manteniendo constante su intensidad y calificando el mismo como insoportable. Añadió que las variables como los síntomas cognitivos, los síntomas somáticos y la gravedad de síntomas tienen un impacto en la enfermedad de fibromialgia. Destacando que, a mayor percepción del dolor, mayores son los síntomas de ansiedad percibidos por los pacientes. De igual forma, Gelves (2017) en su estudio evidenció una relación positiva entre la percepción del dolor y los síntomas afectivos – conductuales en los pacientes diagnosticados con fibromialgia, específicamente la ansiedad-insomnio, la depresión, disfunción social y síntomas somáticos. Los hallazgos del estudio realizado por Bonete (2016) revelaron que la ansiedad fue de las patologías más frecuentes asociadas a la enfermedad de fibromialgia con un 82.69% de los participantes, seguida de trastornos afectivos (78.84%). Con relación a esto, Mur (2016) obtuvo que un 63.8% de los participantes presentaban “ansiedad probable” y un 53.2% presentaban “depresión probable”. Siendo más prevalente la ansiedad.

La segunda pregunta de investigación estuvo dirigida a identificar la relación existente entre la intensidad del dolor percibido en los participantes diagnosticados con fibromialgia y la dimensión somático - motivacional y cognitiva de la depresión según el Inventario de Depresión de Beck II. Se encontró que los síntomas globales de la depresión, tanto en su dimensión cognitiva como somático - motivacional no se relacionan con la intensidad del dolor percibido. Sería pertinente analizar posibles variables que puedan estar interviniendo en esta relación, como por ejemplo el optimismo, la regulación emocional y la resiliencia. Asimismo, cabe señalar que otros estudios han encontrado que la depresión y la ansiedad tienen una relación moderada alta (Ruiz et al., 2016). En este estudio se encontró un hallazgo similar. Futuros estudios podrían tomar en cuenta esta relación para controlar el posible efecto entre estas variables (ansiedad y depresión) y analizar el vínculo de la depresión y la intensidad del dolor percibido.

A través de la literatura, se ha resaltado la asociación entre la depresión y la percepción del dolor, cada una de ellas favoreciendo la aparición de la otra (Fuentes 2019; Marrero, 2018). Así como también, se ha evidenciado una relación inexistente entre la depresión y la percepción del dolor en pacientes diagnosticados con la enfermedad de fibromialgia (Lozano, 2020). En explicación a esto, Vázquez y Vázquez (2015) plantearon que el dolor experimentado en la enfermedad de fibromialgia puede servir simultáneamente como síntoma de malestar psicológico y como defensa contra este. Así como también, puede ser una forma de somatización de la depresión en individuos que por sus características de personalidad le es más fácil aceptar que están físicamente enfermos que emocionalmente enfermos.

En conclusión, la fibromialgia es una enfermedad de dolor crónico que impacta el área física, social y emocional de la persona que lo padece. El aspecto físico del dolor conduce a estos pacientes a experimentar un cambio en su estilo y calidad de vida. A su vez, esto provoca

consecuencias en su bienestar emocional. Como se ha evidenciado en la presente investigación y a través de la literatura, la ansiedad es un trastorno altamente comórbido con la enfermedad de fibromialgia. De hecho, los síntomas de la ansiedad agravan y acentúa el dolor percibido en los participantes y viceversa. Estos hallazgos reafirman la importancia de la disciplina de la psicología en el tratamiento interdisciplinario con los pacientes que padecen de fibromialgia. Asimismo, desde esta perspectiva psicológica, los hallazgos, nos dirigen hacia el entendimiento de la enfermedad lo que permite la elaboración de programas dirigidos a la prevención de trastornos de salud mental en esta población. Así como también, programas y/o tratamientos dirigidos a la intervención de esta sintomatología experimentada por los pacientes, lo cual conllevará a una disminución del dolor percibido y por consiguiente a un bienestar psicológico.

Limitaciones

Como en toda investigación, este estudio no está exento de limitaciones, pero sin dejar pasar por alto sus posibles aportaciones. En primer lugar, el muestreo fue por disponibilidad, lo que no permite que los resultados puedan ser generalizados a la población. Sin embargo, la muestra del estudio es heterogénea, incorporando personas de diversos perfiles sociales. Otra posible limitación es que hay un número reducido de hombres dentro de la muestra. Sin embargo, la poca participación de hombres en los estudios con personas diagnosticadas con fibromialgia es muy común así se ha señalado previamente. En tercer lugar, el uso de los auto reportes como instrumentos puede contribuir a un sesgo debido a las capacidades de introspección y/o memoria de los participantes. Sin embargo, los estudios con instrumentos de autoinforme nos permiten tener información de primera mano de la experiencia subjetiva que experimentan las personas ante determinados fenómenos.

Recomendaciones

Se recomienda realizar investigaciones cualitativas con el propósito de brindar una mirada al significado que los pacientes le otorgan a su diagnóstico de fibromialgia. Además, se recomienda investigaciones que incorporen otras variables (e.g. resiliencia, regulación emocional y optimismo) que puedan estar modulando o mediando la posible relación entre la intensidad del dolor percibido y los síntomas de depresión. Se sugiere ampliar la muestra e incluir una mayor cantidad de participantes varones. Se recomienda la evaluación de un equipo interdisciplinario en el tratamiento de la enfermedad de fibromialgia, de modo que se pueda integrar un psicólogo para tratar la sintomatología asociada a la ansiedad y depresión experimentada por los participantes. Como también, el desarrollo de programas de intervención que tomen en cuenta los aspectos cognitivos de la depresión, para esto se podría utilizar el Modelo Cognitivo Conductual. Asimismo, se recomienda el desarrollo de programas enfocados en el modelo cognitivo conductual para tratar los síntomas cognitivos – afectivos de la ansiedad y/o la terapia de Aceptación y Compromiso con la incorporación de técnicas dirigidas a la relajación con el propósito de trabajar con el aspecto somático tanto de la enfermedad de fibromialgia como de la ansiedad experimentada por los pacientes.

Conclusión General

A través de la presente investigación hemos visto como el diagnóstico de fibromialgia no tan solo impacta el aspecto físico de la persona que lo padece sino también el aspecto psicológico. El dolor crónico que caracteriza la fibromialgia puede acarrear síntomas de ansiedad y depresión. Esto pone de manifiesto el funcionamiento del cuerpo y la mente como una unidad integral. Es decir, el ser humano como ser vivo se compone de varios subsistemas, entre ellos, el subsistema biológico, psicológico y físico. La falta de integración y/o coordinación entre estos

puede desencadenar procesos patológicos de diferentes índoles. En el caso de los pacientes que padecen de fibromialgia se destaca un impacto en el aspecto emocional, específicamente la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Es por esto, que se podría tomar en consideración tratamientos transdisciplinarios para tratar el diagnóstico de la fibromialgia y el paciente pueda experimentar una mejor calidad de vida.

Referencias

- Albajes, K. Moix, J. (2021). Psychological Interventions in Fibromyalgia: An Update Systematic Review. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 9(1).
<https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2759>
- American College of Rheumatology. (2010). Fibromialgia. Retrieved september 12, 2020, from <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condicioness/Fibromialgia>
- Amigues, I. (2019, marzo). Fibromialgia. American College of Rheumatology. Retrieved september 12, 2020, from <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condicioness/Fibromialgia>
- Ascaso Adiego, B. (2021). Terapias basadas en mindfulness en pacientes con fibromialgia. *Universidad Zaragoza Repository*. [Master Thesis].
<https://zaguan.unizar.es/record/111173/files/TAZ-TFG-2021-936.pdf>
- Beck, A.T. Alford, B.A. (2009). Depression, Causes and Treatment. University on Pennsylvania Press.
- Beck, A, T. Clark, D.A. (2012). Terapia Cognitiva para Trastornos de ansiedad. The Guilford Press. New York, USA
- Bonete Llácer, JM. Rico Gomis, JM. Jiménez Abril, J. Martínez Hortelano, A. García Marín, P. Bautista Ortuño, R. (2016). Fibromialgia y salud mental: análisis de prevalencia y comorbilidades. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 119, 26-34.

- Bretón, F. (2019, febrero 19). Base Bioquímica y Neuroanatomía de la depresión.
<https://neuro-class.com/base-bioquimica-y-neuroanatomia-de-la-depresion/>
- Cabo Meseguer, A. Cerdá Olmedo, G. Trillo Mata, J.L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*. 149 (10). pp. 441-448. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Center for Disease Control and Prevention. (2020, January 6). Fibromyalgia. Retrieved september 10, 2020 from <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/fibromyalgia.htm>
- Cervigón Carrasco, V. (2017). Regulación emocional en la fibromialgia: Una revisión bibliográfica. [Master's Thesis, Universitat Jaume]. Repositori Universitat Jaume I. UJI. <http://hdl.handle.net/10234/173354>
- Cherry, K. (2018, May 18). Gate Control Theory and the Brain.
<https://www.verywellmind.com/what-is-gate-control-theory-2795208>
- Cruzblanca Hernández, H. Lupercio Coronel, P. Collas Aguilar, J. Castro Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Del Olmo Climent, C. Cuerda Ballester M. & Sancho Cantus, D. (2019). Calidad de vida en pacientes con fibromialgia. Revisión bibliográfica. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*. N. (8). 4-10.
<http://doi.org/10.35761/reesme.2019.8.02>

- De León González, A.V. (2019). Ansiedad, depresión afrontamiento e impacto de la fibromialgia. [Master's Thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León]. UANL, Repositorio Académico Digital. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/17954>
- Demirbag, B., Bulut, A. (2018). Demographic characteristics, clinical findings and functional status in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of the Pakistan Medical Association* 68(7), 1043-1047
- Díaz Villa, B.A. González González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. 11 (3) 106-115.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123i.pdf>
- Fernández Moreno A.M. (2017). Estudio de la asociación entre la fibromialgia y el tipo de personalidad. [Master's Thesis, Universidad Complutense de Madrid]. E-prints Complutense. [http:// https://eprints.ucm.es/46940/](http://https://eprints.ucm.es/46940/)
- Fuentes, C. Ortiz, L. Wolfenson, A. Schonfeldt. (2019). Dolor crónico y depresión. *Revista Médica Clínica las Condes*. 30(6) 459-465 <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.10.005>
- Flores, E. (2019, septiembre 3). ¿Cómo afecta la ansiedad en el cerebro? <https://neuro-class.com/como-afecta-la-ansiedad-en-el-cerebro/>
- Gelves Ospina, M. Barceló Martínez, E. Orozco Acosta, E. Fabián Román N. Allegri, R.F. (2017). Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento de dolor en pacientes con fibromialgia (FM). 33(3) 285-295.
<http://www.redalyc.org/pdf/817/81753881003.pdf>

- Glover, M. (2018, 28 enero). Terapia Cognitiva de Aaron Beck: que és y en qué consiste. <https://www.psicologia-online.com/terapia-cognitiva-de-aaron-beck-que-es-y-en-que-consiste-4364.html>
- Lourenco, S. Costa, L. Rodrigues, A.M. Carnide, F. Lucas, R., (2015). Gender and psychosocial context as determinants of fibromyalgia symptoms (fibromyalgia research criteria) in young adults from the general population. *Rheumatology*. 54 1,806-1,815. doi:10.1093/rheumatology/kev110
- Lozada Asto, J.L. (2016). Depresión como factor asociado a fibromialgia en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. [Master' Thesis Universidad Privada Antenor Orrego]. UPAO Repositorio de Tesis. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2188>
- Lozano, J. E., Leal, T., Peña-Altamar, M., Olivera, S. y Núñez, N. (2020). Depresión, ansiedad, apoyo interpersonal y dolor autopercebido en pacientes con síndrome de fibromialgia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2). DOI:<https://doi.org/10.15332/s17949998.2020.0002.14>
- Marrero Centeno, J. Moreno Velázquez, I. Sánchez Cardona, I. (2018). Fibromialgia en Trabajo: explorando su Impacto en el desempeño laboral. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 36(2), 8-21. doi:10.21772/ripo.v36n1a01
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Monroy-Hidalgo A, Méndez-Dávila BA, Diestro-Jara GL, Ruiz EF, Málaga G. (2019). Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú. *Acta Médica Peruana*.36(1):32-70.

- Mur Martí, T. Llordés Llordés, M. Custal Jordá, M. López Juan, M. Martínez Pardo, S. (2016). Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrasa. *Reumatología Clínica*.13(5) 252-257.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.008>
- Núñez Nevárez, K. Cisneros Pérez, V., Hernández Vargas, E., Martínez Ortiz, C. F., Quintana Escorza, M. (2021). Labor Condition and Severity of Fibromyalgia. *Revista Red de Investigación y Trabajo*. 4(6). 54-59.
- Payares, M.J. (2020, october 8). El GABA o ácido gamma-aminobutírico es un neurotransmisor que relaja. <https://www.tododisca.com/el-gaba-acido-gamma-aminobutirico-neurotransmisor-que-relaja/>
- Pérez Bernal, C. Pérez Bernal, M. García Giménez, B. (2016). Fibromialgia: importancia de un diagnóstico precoz, un reto para la enfermería. In J. J. Gásquez, M.M. Molero, M.C. Fuentes, M.M. Simón Márquez, A.B. Barragán Martin, A. Martos Martínez. (Eds.). *Perspectivas y Análisis de la Salud*. (pp. 77- 82) Asociación Universitaria de Educación y Psicología
- Pérez De la Mora, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Ciencia*, 16-28. [PDF]
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiudad.pdf
- Ruiz Sandoval, G. (2016). Ansiedad y percepción del dolor en fibromialgia. [Tesis de Maestría], Universidad de Jaén.

- Sadín, B. Chorot, P. Valiente, R.M. (2018). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J.C. Arango Lasprilla, I. Romero García, N. Hewitt Ramírez, W. Rodríguez Irizarry (Eds). Trastornos psicológicos y neuropsicológicos. 117-159. Manual Moderno.
- Sanabria Mazo, J.P. Gers Estrada, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. *Psicología Em Estudio*.
<https://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v23.e38447>
- Sanz, J. García Vera, M.P. Espinosa, R. Fortún, M. Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck II (BDI II): 3. Propiedades Psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 16(2) 121-142.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/37bc2f75bf1bcfe8450a1a41c200364c>
- Sanz, J. García Vera, M.P. Fortún, M. (2012) El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Propiedades Psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology* 20(3) 563-583
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
- Sociedad Española de Reumatología. (2015). Fibromialgia. [Archivo PDF].
<http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Fibromialgia.pdf>
- Vázquez Machado, A.D. Vázquez Machado, A.R. (2015). Factores Psicosociales en pacientes con fibromialgia. *Revista Médica MULTIMED*. 19(5) 81-95.
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/449/721>