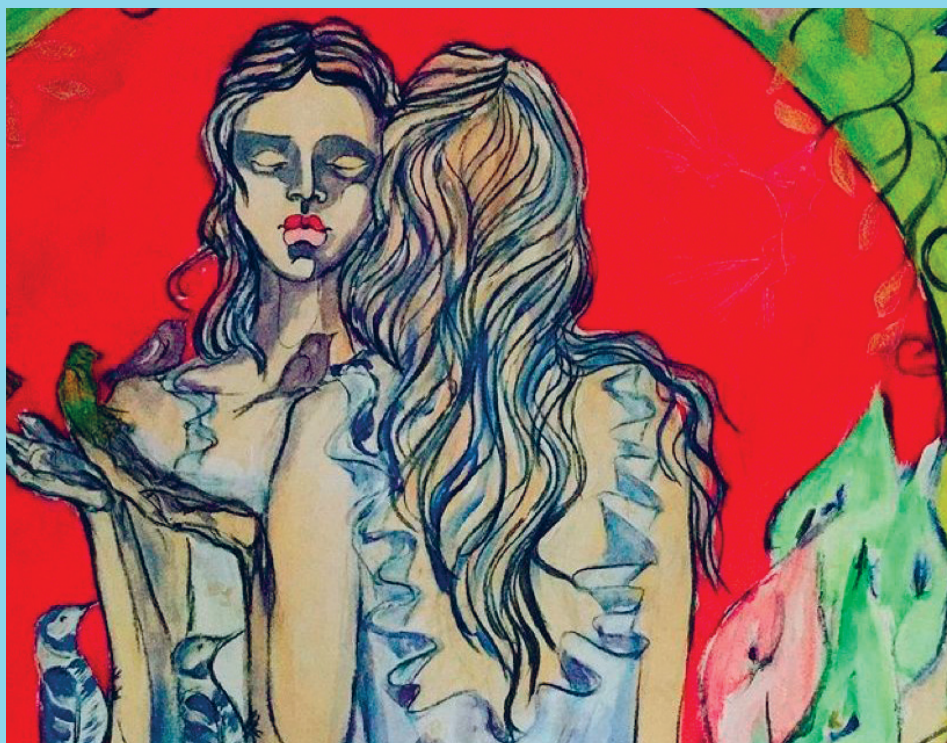


Andrea Lizama Lefno  
Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle  
Gonzalo Rojas Contreras  
(Editores)

# Fibromialgia, más allá del cuerpo

Una aproximación interdisciplinaria





# Fibromialgia, más allá del cuerpo

Una aproximación interdisciplinaria

Fibromialgia, más allá del cuerpo [texto impreso] / Andrea Lizama Lefno; Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle; Gonzalo Rojas Contreras (editores). — 1ª ed. — Santiago: Universidad de Santiago, 2021.

160 p.: 15,5 x 23 cm. (Colección Fuera de Serie).

ISBN: 978-956-303-517-9

I. Enfermedades del sistema muscular  
I. Título. II. Serie.

Dewey: 616.7. -- cdd 21

Cutter: L426p

Fuente: Agencia Catalográfica Chilena

Los libros de esta colección son sometidos a doble arbitraje externos y son evaluados por un comité editorial.

© Editorial Universidad de Santiago de Chile, 2021

Av. Víctor Jara 3453, Estación Central, Santiago de Chile

Tel.: +56 2 2718 0080

[www.editorial.usach.cl](http://www.editorial.usach.cl)

Instagram: @editorialusach

Twitter: @Editorial\_Usach

ISSUU: /Editorial-Usach

Mail: [editor@usach.cl](mailto:editor@usach.cl)

© Andrea Lizama Lefno, Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle, Gonzalo Rojas Contreras, 2021

I.S.B.N. edición impresa: 978-956-303-517-9

I.S.B.N. edición digital: 978-956-303-518-6

Director editorial: Galo Ghigliotto G.

Edición: Catalina Echeverría I.

Diseño y diagramación: Andrea Meza Vergara

Diseño de colección: Ian Campbell Cambolor

Corrección de textos: Ana Saavedra

Imagen de portada: Macarena Fernandez Guzmán

instagram @arte\_latinoamericano\_macaf

Primera edición, octubre 2021

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico o mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de la editorial.

Impreso en Chile

Andrea Lizama Lefno  
Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle  
Gonzalo Rojas Contreras  
(editores)

# Fibromialgia, más allá del cuerpo

Una aproximación interdisciplinaria





# Índice

|   |    |
|---|----|
| PALABRAS DE LA EDITORA .....  | 9  |
| INTRODUCCIÓN .....  | 13 |
| PARTE 1: FIBROMIALGIA, UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL                                     |    |
| CAPÍTULO 1  |    |
| Fibromialgia, sus manifestaciones, historia y prevalencia                               |    |
| Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle.....   | 17 |
| CAPÍTULO 2  |    |
| La trayectoria biopsicomédica de la fibromialgia  |    |
| Andrea Lizama Lefno .....   | 27 |
| CAPÍTULO 3  |    |
| Para una nueva ética de la terapéutica: re-interpretando el dolor en la fibromialgia    |    |
| Gabriel Pérez Campos, Gonzalo Rojas Contreras y Miguel Bustamante Araneda.....          | 35 |
| CAPÍTULO 4  |    |
| Un enfoque biopsicosocial con perspectiva de género para el abordaje de la Fibromialgia |    |
| Andrea Lizama Lefno .....   | 43 |
| CAPÍTULO 5  |    |
| Cuerpos que duelen: el género como dispositivo de poder                                 |    |
| Cecilia Baeza-Correa y Bárbara Acuña-Jujihara.....                                      | 47 |
| CAPÍTULO 6  |    |
| Bases biológicas de la fibromialgia y la percepción de dolor                            |    |
| Luis Constandil Córdova y Alejandro Hernández Kunstmann .....                           | 55 |

PARTE II: UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA

CAPÍTULO 7

Diagnóstico y Tratamiento

Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle..... 73

CAPÍTULO 8

El espacio psicoterapéutico en la fibromialgia.

Una perspectiva humanizada e integrativa

Mauricio Gateño Núñez ..... 85

CAPÍTULO 9

Fibromialgia: el paradigma del dolor crónico

y sus implicancias en la rehabilitación

María Jesús Muñoz-Yáñez y Felipe Araya-Quintanilla ..... 99

CAPÍTULO 10

Conclusiones

Autoría de equipo docente..... 113

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 119

SOBRE LOS AUTORES Y LAS AUTORAS ..... 155

## PALABRAS DE LA EDITORA

Estamos entrando a la tercera década del siglo veintiuno y afortunadamente se han publicado numerosos libros y artículos sobre la condición de fibromialgia. ¿Puede este libro que está ahora en sus manos ofrecer algo nuevo aún? Nosotros creemos que sí. Y por nosotros me refiero a los autores y autoras que en esta obra damos a conocer los frutos de más de tres años de trabajo divulgando a la comunidad nacional los conocimientos que hemos construido en el Diplomado en Fibromialgia de la Universidad de Santiago de Chile.

Con el fin de darle contexto a esta obra, quiero relatar algo de la historia que tiene su desenlace en ella. En abril de 2016, se realizó en Puerto Montt un seminario de fibromialgia, organizado por la Fundación Fibromialgia en Acción de Los Lagos, y aunque poco había investigado entonces sobre esta condición, fui invitada a exponer sobre la relación entre fibromialgia y género, asunto que me tenía embarcada desde mi experiencia académica con el Grupo de Estudios Sociales y de Género sobre Corporalidad, Subjetividad y Sufrimiento Evitable —LIS—, de la Universidad Autónoma de Barcelona, que ya llevaba una vasta trayectoria de investigación cualitativa en fibromialgia. Cuál fue mi sorpresa cuando llegué al lugar a presentar mi ponencia y me encontré con una audiencia de más de 450 personas en un inmenso teatro en el centro de la ciudad. El seminario tuvo una calidad de contenido increíble, expusieron profesionales de múltiples disciplinas y la participación del público fue notable. Entonces me di cuenta de que la fibromialgia era un fenómeno importante y un tremendo desafío para la comunidad científica, tanto de las ciencias médicas como para las humanidades y ciencias sociales, y también para el sistema de salud, la política pública y los servicios sanitarios. Además, en ese seminario conocí al reumatólogo Juan Ignacio Vargas, y sin saberlo, se estaba empezando a conformar el equipo profesional cuyo trabajo usted va a conocer a continuación.

Ese mismo año, pocos meses después, y con el apoyo de la Subdirección de la Escuela de Medicina, repliqué el seminario en la Universidad de Santiago a través del Primer Simposio de Fibromialgia, invitando a varios expertos, entre ellos al psicólogo Mauricio Gateño y a Juan Ignacio Vargas, quienes expusieron sobre su experiencia profesional con esta condición. Aunque la audiencia no fue de la magnitud alcanzada en el Teatro Diego Rivera de Puerto Montt, tuvimos

la asistencia de la Fundación Fibromialgia en Acción y de otras asociaciones locales, pacientes junto a sus familias, estudiantes y profesionales de la salud.

Entusiasmada con el desafío de llenar el vacío de conocimiento que evidenciaba el fenómeno de la fibromialgia, comencé a formar un equipo para desarrollar un proyecto interdisciplinario de docencia e investigación. Así, al poco tiempo se incorporaban la kinesióloga María Jesús Muñoz de la Fundación Rehabilitar y los médicos Gabriel Pérez y Gonzalo Rojas, interesados en contribuir al proyecto. En marzo de 2017, ya sumábamos un grupo multidisciplinario de seis profesionales, con motivación y disposición a crear el *Diplomado en Fibromialgia: construyendo un modelo de salud biopsicosocial e interdisciplinario*, cuyo nombre completo representa el propósito de nuestra labor docente.

Al alero del Departamento de Educación Continua de la Facultad de Ciencias Médicas, a la fecha el Diplomado ha formado alrededor de 30 profesionales de la salud para el trabajo interdisciplinario, con enfoque biopsicosocial y perspectiva de género, para el abordaje de personas con fibromialgia. Se ha desarrollado en las aulas de la Facultad, que han sido testigo de intensas jornadas de reflexión, debate y construcción colaborativa de ideas transformadoras entre docentes, estudiantes y también pacientes, que buscan impulsar un modelo de salud integrativo, humanista y ético, que pueda hacerse cargo de los problemas de salud que aquejan a la sociedad actual, y no sólo la fibromialgia.

Hablo en representación de las y los docentes del Diplomado en Fibromialgia, autores y autoras de este libro, al afirmar que este nos ha permitido profundizar en nuestros conocimientos a través de la investigación de la evidencia disponible, participando en investigaciones colaborativas, compartiendo distintas visiones y descubrimientos desde distintas disciplinas para finalmente ir cimentando todo esto de la mejor manera que el ser humano tiene para aprender: enseñando. Luego de esta vivencia epistemológica, nutrida además por años de experiencia de quienes desarrollan una labor clínica y terapéutica, con la motivación esencial de contribuir a la mejoría de la calidad de vida de las personas afectadas de fibromialgia, y con el convencimiento de que la colaboración de las diversas especialidades del conocimiento en las áreas de las humanidades, la medicina y la biología es el mejor camino para entender y acompañar a las personas que la sufren, hemos querido plasmar todo en esta obra, que quiere ser un aporte a la comunidad académica, y también a profesionales que sin trabajar necesariamente en el área de la salud tienen vocación para comprender y ayudar a todas las personas que sufren. Esperamos sinceramente que luego de leer estas páginas, el lector y la lectora compartan la idea de que la sociedad entera tiene responsabilidad en la generación de las condiciones que creemos son el origen de la fibromialgia, y en la salud de la población en general, y por este motivo, la respuesta social a la condición de la fibromialgia es una cuestión ética y política.

No podemos dejar de agradecer a todos y a todas quienes durante este camino han contribuido a nuestra labor: docentes que se han integrado en el proceso, profesionales que han participado en los conversatorios, pacientes que

han acudido a dar sus testimonios, sus familiares que los han acompañado, estudiantes comprometidos con sus propios procesos de aprendizaje y que también han hecho un tremendo aporte a la enseñanza, cuestionando, creando, buscado y encontrando respuestas; particularmente agradecemos a la Fundación Fibromialgia en Acción que ha estado presente y dispuesta en todos los procesos y ha participado de los hitos relevantes, alineada con el fin último de ayudar.

Andrea Lizama Lefno



## INTRODUCCIÓN

El libro que presentamos a continuación es una recopilación de capítulos escritos por distintas personas que, durante años de trabajo individual y colectivo, han reflexionado, investigado y construido conocimiento nuevo en torno al fenómeno de la fibromialgia, en adelante FM; una propuesta teórico/práctica enraizada en el estudio de la literatura científica y en el dato empírico que aportan profesionales clínicos y terapeutas que han atendido a cientos de pacientes con FM durante su trayectoria. Esta labor ha sido sostenida por la retroalimentación que hemos tenido de parte de pacientes, familiares y organizaciones sociales que han participado de la reflexión creativa.

La fuerza que ha impulsado este trabajo es el deseo de ayudar a quienes tienen esta condición, y más ampliamente, a cualquier ser humano que sufra. Queremos que el foco del libro esté puesto no en la FM sino en las personas con diagnóstico de FM. Para realzar la importancia que tiene esta perspectiva que pone en el centro al sujeto, se incluyen en varios capítulos casos clínicos, citas y testimonios de pacientes.

El contenido de este libro se estructura en dos partes, de la misma manera y bajo la misma lógica del programa académico del Diplomado en Fibromialgia. La primera parte presenta elementos conceptuales y contextuales del fenómeno, comienza con una definición de esta condición, sus manifestaciones e historia, desde la mirada de la medicina; continúa con un relato descriptivo y reflexivo de la trayectoria tipo de una persona con FM, en el que comienza a brotar la tonalidad crítica que marca la impronta de esta obra; en el capítulo tres emerge con fuerza la perspectiva crítica a la hegemonía biomédica en el abordaje de la salud humana, plasmada en un análisis epistemológico y ético del concepto de Dolor. El capítulo cuatro presenta la propuesta teórica para el abordaje de la FM, dando cuenta del enfoque biopsicosocial que la sostiene y la perspectiva de género que la distingue. A continuación, en el quinto capítulo, el argumento que consolida al género como un determinante social de la salud en cuanto dispositivo de poder que impacta en los cuerpos y en las subjetividades, y que permite comprender la FM como un problema antropológico y sociológico. En el capítulo seis hay un retorno a la mirada de la biología, como un acto reivindicativo, una mirada al asunto del origen que logra explicar eruditamente el

vínculo de lo biológico con lo social, avanzando hacia el esclarecimiento de uno de los mayores problemas de la FM.

Con esto, se da paso a la segunda parte del libro, que avanza hacia la propuesta práctica y plantea desde ahí la invitación a la interdisciplinariedad. ¿Cómo ayudamos a las personas que padecen actualmente FM? Los capítulos sucesivos intentan dar respuesta a esta pregunta. El capítulo siete posee un gran valor pragmático en cuanto aporta una mirada clínica del diagnóstico y tratamiento de la FM, desde la medicina; el capítulo ocho presenta los fundamentos para un abordaje psicoterapéutico que se distingue al producir un quiebre con el sesgo psicomédico que arrastra la aproximación cognitivo-conductual, a la vez que intenta integrarla en un abordaje que engloba la biografía del sujeto, sus experiencias adversas, emociones y su corporeidad. Finalmente, el capítulo nueve presenta una de las aristas fundamentales del tratamiento de la FM, la rehabilitación física, que como cierre de una propuesta biopsicosocial, no puede sino reflejar la integración del cuerpo, su biología, la mente y el rol clave del aprendizaje, corroborando así la importancia de la integración de lo cognitivo en el trabajo corporal, psíquico y emocional.

Con todo, este libro pretende ser una herramienta útil para profesionales que trabajan en salud y sienten la necesidad de ampliar sus conocimientos y posibilidades de ayudar a las personas que padecen FM y otros Síndromes de Sensibilización Central. También para quienes intuyen que existen límites que romper desde el punto de vista teórico-epistemológico, y especialmente para quienes tienen la intención genuina de contribuir a mejorar los actuales sistemas de salud. El propósito global de esta obra es impulsar la reflexión, la creatividad y el diálogo en torno a la manera cómo la sociedad responde organizadamente a los problemas de salud hoy. Esperamos también que este libro sirva como fundamento para la enseñanza universitaria, que despierte la inquietud de estudiantes y docentes, el cuestionamiento y la capacidad crítica, y contribuya de esa manera a la transformación de nuestra sociedad.

PARTE I

LA FIBROMIALGIA,  
UN FENÓMENO MULTIDIMENSIONAL



## CAPÍTULO 1

### Fibromialgia, sus manifestaciones, historia y prevalencia

Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle

Frases escogidas de pacientes reales:

Tenía muchas ganas de vivir y se me han ido.  
Cada vez más cansada, sin fuerzas, sin energía.  
El dolor empezó a pasarse por mi cuerpo.

Paula se define como una persona muy activa a sus cuarenta años. Desde la adolescencia recuerda haber tenido dolores musculares y los asociaba a su práctica de deportes como el vóleybol. Después comenzó con dolores al pecho y tuvo que acudir a un cardiólogo. No encontraron nada y asumieron que la causa era su preocupación por los exámenes en la universidad. Frecuentemente tenía dolor abdominal cólico y su gastroenterólogo le diagnosticó colon irritable. Notaba que era muy sensible a algunos olores en la cocina o a perfumes que nadie más sentía, pero lo que más le molestaba era la sensación de amanecer apaleada como si no hubiera descansado en la noche: “sentía que un camión me había pasado por encima”. Se ha acostumbrado a tener dolor muscular, le molesta el frío, siente hormigueos en el cuerpo, frecuentemente tiene mareos, palpitaciones y fatiga. Lo peor vino luego de su primer embarazo: el dolor se hizo insoportable, y su entorno familiar, especialmente su pareja no la entendían, como si no le creyeran.

Si consideramos estudios de prevalencia de otros países, la historia de Paula podría estar repitiéndose, con algunas variaciones, en casi un 3% de la población adulta chilena.

¿Recuerdas las clases de biología en que nos enseñaban que teníamos solo cinco sentidos? Pues tenemos muchos más que cinco sentidos y no me refiero a ese sexto sentido de la intuición. Somos seres fundamentalmente visuales que se apoyan mucho en la audición y muy poco en el olfato y el tacto, aunque están íntimamente ligados (Rolls, 2019; Olofsson & Freiherr, 2019), olvidando también que existe el sentido de la propiocepción en todas las articulaciones, que nos permite conocer la posición y el grado de elongación de nuestros tendones y músculos (Delhaye et al., 2018). También tenemos sensores de presión

(mecanorreceptores) y temperatura (termorreceptores para frío y para calor). ¿Quién no ha experimentado con el sentido del equilibrio que radica en el oído medio, cerebelo y otros sensores más? No debemos olvidar el sentido del dolor, de los cuales hay muchos tipos según el órgano afectado (viscera hueca o sólida). Por último, hay que tener en cuenta el sentido de la fatiga, el del hambre, el del sueño. Este sistema es el llamado de interocepción (Craig, 2002). Cada uno tiene sus sensores, por ejemplo, en el líquido cefalorraquídeo, y se gatillan dadas ciertas condiciones o acumulación de sustancias. Se ha descubierto, por ejemplo, una superfamilia de sensores llamados Receptores de Potencial Transitorio o TRP, que tiene roles fundamentales en las sensaciones fisiológicas contribuyendo en la visión, gusto, olfato, oído, tacto, temperatura y osmosis. Además, tienen funciones dentro de las células permitiendo que sientan su ambiente. Se activan con temperaturas de más de 43 grados Celsius, con los endocannabinoides, el alcanfor, la piperina (pimienta negra), alicina (ajo) y muy interesantemente con la acidosis o PH bajo. Esto finalmente hace que un tejido dañado active su receptor a temperatura ambiente. Estos cambios en el umbral de activación también pueden ser facilitados por alcohol, nicotina y citokinas proinflamatorias (Venkatachalam & Montell, 2007).

Bien, ahora piense qué puede pasar si por algún motivo todo el sistema de los sentidos empieza a funcionar mal, ya sea que transmita excesivamente, o que no transmita, o que al transmitir lo haga en forma errónea. Eso que está pensando es el Síndrome de Hipersensibilización Central que conocemos como fibromialgia (Yunus, 2015).

## 1. ¿Qué es la fibromialgia?

“Fibros” viene de tejidos fibrosos como tendones y ligamentos, “mios” viene de músculo y “algia” viene de dolor. Para entenderla debemos comenzar con su historia.

Esta condición no es nueva y desde el siglo XIX ha llevado numerosos nombres como Reumatismo Muscular, Fibrositis Intersticial, Miofascitis o Dolor Miofascial. El médico internista canadiense William Osler incluía el Síndrome de Fatiga Crónica en los manuales de medicina para sus estudiantes (Osler, 1875). En 1850, Froriep reportaba pacientes con reumatismo con puntos duros musculares muy sensibles a la palpación en los cuales probaba el electromagnetismo como cura (Froriep, 1850). En 1904, el neurólogo británico Sir William Gowers, quien padecía dolor lumbar crónico, acuña el término Fibrositis, y describió síndromes de dolor regional que además tenían sensación dolorosa al tacto asociado a un trastorno del sueño y fatiga pero que no tenían signos de inflamación local o sistémica (Gowers, 1904). El reumatólogo canadiense Wallace Graham fue el primer norteamericano en usar el término Fibrositis en 1940, editando el capítulo de Fibrositis en un conocido libro de reumatología.

Durante gran parte del siglo XX, se consideró una manifestación de “tensión nerviosa” o “reumatismo sicogénico”. Hugh Smythe, de la Universidad de Toronto, continuó editando el capítulo del libro que hacía Graham, luego que falleciera, e inicia una serie de fascinantes estudios con su colega Harvey Moldofsky. Entre 1975 y 1977 introducen el concepto de Síndrome de Fibrositis (Moldofsky et al., 1975). Describieron en los pacientes patrones alterados en la etapa 4 del sueño asociados a puntos dolorosos similares a los que se ven en epicondilitis (codo del tenista), esternocondritis (dolor en parrilla costal) y dolor cervical crónico. Interesantemente, estos dolores se podían reproducir cuando a voluntarios sanos se les alteraba el sueño (Moldofsky, 1989). Posteriormente, Kahler Hench acuña el término de Fibromialgia, argumentando en sus conferencias que no había evidencia de inflamación. Este término fue adoptado por Muhammad Yunus de la Escuela de Medicina de Peoria en Illinois con su trabajo fundacional de 1981, donde caracteriza los signos y síntomas clínicos sugiriendo criterios de diagnóstico. Posteriormente, a mediados de los años ochenta, Don Goldenberg de la Escuela de Medicina de Tufts relaciona el síndrome de Fatiga Crónica, Síndrome Miasténico y la Neurastenia Epidémica como parte de un síndrome de Sensibilización Central. El esfuerzo de todos estos autores culmina en un artículo y una editorial de la revista de la Asociación Americana Médica, sentando los fundamentos del concepto de Fibromialgia en la medicina (Dan Goldenberg y Robert Bennet) formándose un comité del Colegio de Reumatólogos de Estados Unidos (ACR) que definiría los primeros criterios oficiales de FM. La Organización Mundial de la Salud (OMS) validó el concepto recién con la Declaración de Copenhage de 1992. En las últimas décadas se han vuelto a mirar a grandes personajes de la historia a la luz de que podrían haber tenido el síndrome: Clara Schumann, Alfred Nobel, Charles Darwin, Florence Nightingale, Frida Kahlo (Yunus et al., 1981; Wallace, 2005). Mas recientemente, figuras públicas y del espectáculo han reconocido padecer FM. En 2017, Don Goldenberg, analiza el documental que da a conocer la lucha de parte de la cantante pop Lady Gaga para superar esta condición, sus antecedentes familiares y sus secuelas (Goldenberg, 2017). La cantante, quien fue diagnosticada en 2017 y que relaciona su condición con un episodio de violación repetida que sufrió a los 19 años por parte de alguien que trabaja en la industria del espectáculo, en 2020, al lanzar su nuevo álbum Chromatica, reconoce que la motivó el beneficio que ha logrado con sus sonidos y el baile en el manejo de su dolor crónico (Beltcourt, 2020; Moran, 2020).

Un grupo de distinguidos médicos líderes de opinión, entre ellos incluso reumatólogos, han publicado artículos y editoriales argumentando que la FM no es una entidad definida y que es simplemente un síndrome de origen desconocido que, en definitiva, no existe. Ninguno de estos autores ha llevado a cabo estudios epidemiológicos o estudios basados en evidencia para demostrar esta opinión. Por supuesto, podemos compartir el argumento de que se ha llevado en exceso a estigmatizar, medicamentar y a incurrir en gastos sanitarios,

previsionales y legales a estos pacientes, pero esto no anula la validez de los síntomas y sus padecimientos (Yunus, 2005).

El término fibromialgia no es ideal, pero al menos no implica una causa definida y describe su síntoma más frecuente: el dolor. Debido a que en los últimos años hemos adquirido nuevos conocimientos sobre el origen de esta condición, se prefiere ahora utilizar el término Síndromes de Sensibilización Central (Latremliere & Woolf, 2009).

Esta condición causa dolores generalizados y cansancio profundo, principalmente en mujeres desde la adolescencia hasta la tercera edad. A diferencia de la artritis reumatoide, no hay hinchazón de articulaciones (aunque hay sensación de hinchazón en manos, por ejemplo). El dolor se describe en ocasiones como ardor o molestias que van de pies a cabeza llegando a interferir con la vida diaria, porque afecta a músculos y tendones que se usan frecuentemente como los hombros, brazos y cuello (Wolfe et al. 1995).

Sabemos que las condiciones reumatológicas se asocian a los peores puntajes en escalas de calidad de vida, especialmente en los aspectos de funcionalidad física, limitación de roles por el dolor corporal y que estos son incluso peores que en los desórdenes gastrointestinales, urogenitales, psiquiátricos, respiratorios crónicos, condiciones neurológicas y cardiovasculares. Dentro de las condiciones reumatológicas es la artritis reumatoide la que tiene el peor impacto en la calidad de vida a nivel individual, pero la sigue muy de cerca la FM, antes que la osteoporosis con fractura vertebral, artrosis de cadera o esclerosis sistémica (Saffi et al., 2019). Aun así, los pacientes con artritis reumatoide que padecen FM tienen peor pronóstico sanitario y sociodemográfico (Wolfe & Michaud, 2004).

La FM es una condición devastadora a nivel individual, y estudios recientes de buena calidad han determinado una asociación con trastornos psiquiátricos en un 65%, siendo los principales la Depresión Mayor (43,6%) y el Trastorno Bipolar (21,1%) (Carta et al., 2018). En Chile, un estudio realizado con 544 mujeres diagnosticadas de FM, a quienes se les realizó una encuesta, muestra que la comorbilidad más frecuente es la depresión. Un 70% de las entrevistadas declaró tener dicho diagnóstico además de la FM; un 11,8% declaró tener un trastorno de personalidad y un 13,3% otro diagnóstico de salud mental (Lizama Lefno y Rojas Contreras, 2019). Esto incide en empeorar la calidad de vida de estos pacientes probablemente por la extrema vulnerabilidad al estrés crónico.

Como veremos, esta condición también afecta a hombres y a escolares encontrándonos con la sensibilización central en diferentes formas. En niños y niñas, estas pueden ser molestias con las costuras de la ropa, cefalea, dolores nocturnos de extremidades inferiores: los llamados dolores de crecimiento y dolor abdominal recurrente de origen desconocido (Romano, 1991). En personas adultas vemos varias formas de presentación de la FM. En una de ellas, la fatiga es el síntoma predominante, y en otra puede ser el dolor muscular generalizado mientras que en una tercera forma lo son la cefalea, el colon o vejiga irritable. Estas últimas afecciones son parte integral del síndrome de fibromialgia,

junto con el trastorno del sueño. Se ha llegado a una clasificación de la FM según estas formas de presentación, con números de 1 al 4, estableciéndose que dentro del continuo del síndrome hay una progresión de una clase a otra (Davis et al, 2018).

Conocer esta condición ayuda a explicar cómo muchos individuos con dolor crónico no responden a terapias clásicas para dolor periférico como los opioides, los antiinflamatorios, cirugías o infiltraciones con corticoides. Si bien, en general, nos vemos enfrentados a una de las causas más frecuentes de atención médica como es el dolor, no olvidemos que el motivo de consulta puede ser la fatiga o parestesias (hormigueo), cistitis inexplicadas, vértigo, etc. Vemos que el trastorno del sueño de base se asocia a una constelación de otros síntomas. Por ejemplo, un gastroenterólogo se verá enfrentado a un desorden gastrointestinal funcional de causa desconocida como el colon irritable (Petersen et al., 2020), un neurólogo tendrá que lidiar con síndrome de piernas inquietas (Viola-Saltzman et al., 2010) o migraña, mientras que un ginecólogo estudiará dolores menstruales intensos (la dismenorrea) o vulvodinias (dolores genitales). También el urólogo tendrá que investigar la vejiga irritable o cistitis inespecíficas mientras que los dentistas trataran pacientes con bruxismo o síndromes de articulación temporo-mandibular. Incluso, hay manifestaciones laríngeas y disfonías asociadas como analizó Piersala et al. (2020) en la revista JAMA.

## 2. ¿Cuántas personas tienen Fibromialgia?

No son fáciles los estudios de prevalencia que evalúan la presencia de FM en la población general ya que el dolor es un síntoma muy frecuente. Si tomamos como ejemplo el dolor crónico en una región del cuerpo su prevalencia es de entre 20 a 25% mientras que el dolor generalizado (dolor en ambos hemicuerpos, sobre y bajo la cintura incluyendo la columna) lo encontramos en un 5 a 15% de la población (Mansfield et al. 2016).

Los estudios recientes revelan que la prevalencia es algo mayor en mujeres, aunque esta diferencia es menor de lo que se pensaba anteriormente. Según un metaanálisis reciente que identificó 65 estudios de buena calidad involucrando a 3.500.756 personas, un 1,78% de la población general está padeciendo la condición de FM mostrando una prevalencia distinta según los distintos subgrupos. Mientras que los pacientes referidos a una clínica reumatológica tenían FM en un 15,2%, los pacientes con diagnóstico de colon irritable la tenían en un 6,3%, los pacientes en hemodiálisis en un 14,8% y los diabéticos no insulino dependientes tenían FM en un 14,8%. La prevalencia general en mujeres es de 3,98%, con diferencias importantes entre los estudios. La prevalencia en hombres fue reportada en 0,01% con siete estudios que presentaron números tan variables como 0 a 4,8% (Heidari et al., 2017). Un consenso al que se ha llegado, analizando 27 estudios (en metaanálisis), es de una prevalencia global en hombres

de 2,7%. Si no utilizamos los puntos dolorosos como criterio, la proporción de mujeres a hombres con esta condición es 3:1. Concluyen que la condición sería más prevalente en mujeres, mayores de 50 años, de menor nivel educativo y económico y de lugares rurales (Queiroz, 2013).

Una explicación a esta diferencia aparente sería que los hombres identifican menos los síntomas y, por lo tanto, tienden a ser menos diagnosticados (Vincent et al., 2013). Esta diferencia de prevalencia de FM en hombres y mujeres parece estar atada al estigma social asociado al diagnóstico (Paulson, Danielson, Söderberg, 2002). Los investigadores han reportado que los hombres con FM experimentan más estrés afectivo que sus contrapartes femeninas por el estigma de tener una “enfermedad femenina” (Miró et al., 2015). Los estudios de Paulson et al. (2002) reportaron que hombres con FM creían que los funcionarios de la salud no tomaban sus síntomas en cuenta y frecuentemente se sentían abandonados por el sistema de salud. Muchas sociedades colocan al hombre en posición de proveedor principal para sus familias, y esto empeora las ya de por sí negativas consecuencias de la FM en su salud mental (Muraleetharan et al., 2018). Estos resultados son elocuentes en cuanto a la relevancia del género a la hora de analizar y afrontar la condición de FM.

La gran mayoría de los diagnósticos se hacen entre los 20 y 55 años, pero también lo padecen niños, niñas y adultos mayores. En escolares hay estadísticas internacionales de prevalencia: Israel (6,2%) y México (1,3%). La mayoría de los casos se presenta entre los 13 y 15 años e incluso en una clínica reumatológica se reportó que el 60% de pacientes con artritis crónica juvenil en realidad tenían Fibromialgia Juvenil y estaba mal hecho el diagnóstico (Buskila et al., 1993; De Sanctis et al., 2019; Kashikar-Zuck, Graham, Huenefeld, Powers, 2000).

En Chile hay pocos estudios, y recientemente el médico Norberto Bilbeny ha hecho un buen resumen de la situación del Dolor Crónico, utilizando, entre otros datos, la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Salud (ENS). La prevalencia del Dolor Crónico en Chile es de 32% en la población general, siendo el más frecuente el osteomuscular con un 65%. Un 30% de los afectados refiere que su tratamiento del dolor es malo. Concluye que hay un alto impacto en la calidad de vida y ausentismo laboral en el grupo de edad con mayor actividad, siendo el lumbago crónico la primera carga de enfermedad en Chile, superando a la cardiopatía hipertensiva y a la depresión. El costo final del Dolor Crónico Osteomuscular para el país es alto y equivale al 0,42% del Producto Geográfico Bruto (Bilbeny, 2019). Es interesante destacar, según datos del Instituto de Salud Pública de Chile, la cantidad de dosis de fármacos comprados en este país para el dolor, entre 2015 y 2016: casi 17 millones de antiinflamatorios y casi 6 millones de compuestos con paracetamol (Emol, 2016). Finalmente, es notable que los pacientes acudan frecuentemente a la medicina no tradicional o naturista porque no encuentran una respuesta satisfactoria en su sistema de salud.

### 3. Algunos antecedentes sobre las causas

La FM fue inicialmente considerada como una enfermedad muscular por dolor inflamatorio, y cuando se descartó esto último pasó a ser incluida dentro de los reumatismos de partes blandas. Sin embargo, nuestro entendimiento actual la coloca dentro de los desórdenes del sistema nervioso central como una disfunción del sistema del dolor o un Síndrome de Hipersensibilización Central (Yunus, 2015).

No ahondaré en el análisis sobre las causas porque es un tema en el que se profundizará en capítulos posteriores, sin embargo, para dar un impulso al abordaje interdisciplinario de la FM quiero aportar algunos antecedentes relevantes.

En los últimos cuarenta años, se han publicado numerosas investigaciones que relacionan la aparición de Dolor Crónico Generalizado (DCG) y la FM con infecciones o con las vacunas (Cassisi et al. 2011). También la FM se ha detectado en pacientes con enfermedades autoinmunes como la Artritis Reumatoide (21,1%), Lupus Eritematoso Sistémico (36,7% a 45%) y en pacientes con artrosis (16,8%) (Wolfe et al., 2011). Hay también un componente importante de agregación familiar de esta condición. Los familiares de primer grado de un individuo con FM tienen un riesgo de ocho veces la población general de desarrollarlo, y de hecho, en general, ya tienen un umbral bajo para el dolor. Estos familiares suelen tener con más frecuencia colon irritable, bruxismo y cefalea crónica (Arnold et al., 2004). Un área que ha avanzado mucho en la última década y nos ha dado luces sobre el origen de esta condición es la neurociencia. Hemos aprendido sobre neurotransmisores y neuroplasticidad, y cómo nuestro cerebro tiene un crecimiento explosivo en el primer año de edad. Después de ese crecimiento tiene lugar un proceso de conexión de todas esas neuronas, formando verdaderos caminos neuronales y podando las conexiones poco usadas, todo según nuestras experiencias acumuladas. Este proceso es el llamado neuroplasticidad y podría ser todo un capítulo aparte de este libro. Esta habilidad de reorganización funcional y estructural está presente toda nuestra vida con consecuencias conductuales beneficiosas o mal adaptativas. Tienen, por supuesto, una base genética distinta en cada individuo, pero claramente son guiadas para bien o para mal posteriormente por nuestras experiencias (Jäncke, 2009; May, 2011).

Es en el periodo de la niñez donde toman importancia las Experiencias Adversas de la Infancia (EAI o ACE en inglés). Cuando suceden sin el apoyo y contención emocional por parte de un adulto afecta el desarrollo cerebral en forma permanente y repercute en el sistema inmune (cáncer), cardiovascular (infartos cardiacos y cerebrovasculares) y metabólico (diabetes, osteoporosis). Esto se manifiesta de cuatro maneras: conductuales (abusos de sustancias, trastornos alimentarios, conductas suicidas y sexuales de riesgo, tabaquismo y trastornos del sueño), sociales (la pandemia del abuso infantil con consecuencia de personalidades evitativas o intrusivas, la revictimización), cognitiva (creencias

y actitudes, la percepción de la salud propia) y emocionales (depresión y estrés post-traumático).

Tabla 1  
Consecuencias de las Experiencias Adversas de la Infancia

|              |   |
|--------------|---|
| Conductuales | Abusos de Sustancias<br>Trastornos Alimentarios<br>Conductas Suicidas<br>Conductas Sexuales de Riesgo<br>Tabaquismo<br>Trastornos del Sueño |
| Sociales     | Abuso Infantil<br>Personalidades Evitativas o Intrusivas<br>Revictimización   |
| Cognitivas   | Creencias y Actitudes<br>Percepción de Salud propia   |
| Emocionales  | Depresión<br>Stress Post-traumático   |

Fuente: elaboración propia.

Las diez principales experiencias adversas se pueden dividir en personales y familiares. Las cinco EAI personales son: abuso físico, verbal, sexual, abandono físico y abandono emocional; las cinco EAI familiares son: abuso de sustancias de uno de los padres, violencia intrafamiliar contra la madre, familiar en la cárcel, familiar con enfermedad mental, falta de un progenitor por divorcio, muerte o abandono. Mientras más de estas experiencias se acumulen (al menos cuatro, con la menos influyente siendo la separación matrimonial), más es la probabilidad de consecuencias permanentes para la salud incluyendo también asma, enfisema, riesgo de alcoholismo, abuso de drogas, depresión o intento de suicidio (Kendall-Tackett, 2002; Dong et al., 2004; Hughes et al., 2017). El estudio en salud finlandés (HeSSup) con más de 64 mil pacientes ha mostrado una asociación significativa de las EAI con el desarrollo de la FM, como también una relación con el bullying escolar intenso sobre todo en mujeres (Varinen et al., 2019; Varinen et al., 2017). Confirmamos también la relación entre EAI y la aparición posterior de FM en un estudio de Israel en que compararon pacientes con FM y pacientes con artritis reumatoide no siendo significativo en estos últimos (Hellou et al., 2017).

Tabla 2  
Las Experiencias Adversas de la Infancia

|            |  |
|------------|--|
| Personales | Abuso físico<br>Abuso verbal<br>Abuso sexual<br>Abandono físico<br>Abandono emocional  |
| Familiares | Abuso de sustancias de uno de los padres<br>Violencia intrafamiliar contra la madre<br>Familiar en la cárcel<br>Familiar con enfermedad mental<br>Falta de un progenitor por divorcio, muerte o abandono |

Fuente: elaboración propia.

Chile tiene mucho que avanzar en la prevención de estas situaciones y no hay consciencia de sus consecuencias a largo plazo. La Corporación por los Derechos Sexuales y Reproductivos (Miles), con datos obtenidos de la Fiscalía por Ley de Transparencia, dio a conocer que más de doce mil niños, niñas y adolescentes chilenos sufrieron delitos sexuales entre 2012 y 2016. En 2016, hubo 4883 delitos de violación en Chile de los cuales 2470 fueron en menores de 14 años (Dodds, 2018).

El abuso sexual como EAI es más frecuente en pacientes con FM jóvenes (promedio de edad 23,4 años) quienes tienen una tendencia significativamente mayor a desarrollar enfermedades psiquiátricas como el trastorno bipolar, crisis de pánico y ansiedad. También tienden a utilizar más los recursos del sistema de salud como fármacos y psicoterapia. En este estudio no se controló por sexo, la mayoría de las personas analizadas eran mujeres blancas (Nelson et al., 2017). Un reciente estudio epidemiológico en Taiwan, que incluyó 95.150 pacientes con FM, encontró un leve a moderado riesgo de suicidio cuando se sumaban estas comorbilidades, por lo que se recomienda que a estos pacientes jóvenes se les haga una evaluación psiquiátrica y una encuesta estructurada para prevenir suicidio (Lan et al., 2016). El estrés social presente modula el dolor también y su efecto se exploró en mujeres sanas, con artritis reumatoide y con FM mediante un juego de realidad virtual llamado Cyberball. En las pacientes con FM que fueron incluidas positivamente al juego hubo mayor sensibilidad al dolor que las que se les aisló socialmente durante el juego (Canaipa et al., 2017).

Uno de los grandes desafíos en FM es intentar explicar por qué esta parece ser más frecuente en mujeres, dependiendo del contexto en que se estudia, los criterios de clasificación empleados (1990 o 2016) y los subgrupos estudiados (clínicas de especialidad o atención primaria), y esta explicación no será posible si no se considera el componente sociocultural. La incorporación de la relación

entre la EAI y la FM es una contribución desde lo biológico a los análisis de género. En general, cuando hablamos de las causas de la FM es ineludible analizar las cuestiones sociales que están involucradas, sobre todo el género como determinante social de la salud. Por ejemplo, los estudios que confirman la relación de la violencia sexual como EAI con la ocurrencia de FM no controlan por sexo y quienes responden las encuestas son principalmente mujeres (Olivieri et al., 2012; Borsini et al., 2014). Por otro lado, estudios que demuestran que las mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar tienen el doble de posibilidades de desarrollar FM se enfocan también en las víctimas mujeres (Chandan et al., 2019). No sabemos por qué ocurre esta tendencia a estudiar población femenina en investigaciones sobre FM, pero es clara la pertinencia de un enfoque de género en la comprensión de esta condición, que implica como elemento base una adecuada distribución según sexo. Lo anterior puede llevar a mejores estudios que finalmente signifiquen una mejor calidad de atención con mejores resultados en estas personas.

¿Cómo podemos explicar que experiencias tan tempranas en nuestra vida puedan ser tan perjudiciales posteriormente? Se abordará la respuesta a esta pregunta en algunos capítulos más adelante.

Sabemos que uno de los trastornos principales en la FM es el del sueño con alteración de los ciclos circadianos y de las vías inhibitoras del dolor (Choy, 2015). La duración total y de onda lenta de su sueño son menores, la latencia para sueño persistente es mayor y los despertares son más frecuentes y cortos en comparación a controles sanos (Roth et al., 2016). Además, el sueño no restaurador de mujeres pre-menopáusicas con FM afecta significativamente su función sexual (Amasyali et al., 2016). La activación del sistema del estrés y el de la inflamación son una causa importante del trastorno del sueño en esta y otras condiciones por lo que se debe aproximar este trastorno con una mirada trans diagnóstica lo cual tiene grandes implicancias también en el tratamiento (Palagini et al., 2016).

## CAPÍTULO 2

### La trayectoria biopsicomédica de la fibromialgia

Andrea Lizama Lefno

Es probable que, al comenzar a leer este libro, usted haya recordado a más de alguna persona que tiene FM, y muchas de las experiencias que en este capítulo se van a relatar le van a parecer conocidas. Las citas que se presentan a continuación en este capítulo corresponden a segmentos de los testimonios de dos pacientes reales cuyos nombres son ficticios.

La trayectoria de la FM comienza en el momento en que se presentan los primeros síntomas. Es cuando la persona afectada decide consultar a un especialista médico, que suele ser el reumatólogo. Sin saber, con ello da comienzo a un período de búsqueda de explicación diagnóstica que muchos autores y autoras han definido como un “peregrinaje” a través de distintas especialidades (Carrasco et al., 2010; Bornhauser y Csef, 2005). El sello de este período que transcurre entre el brote sintomático y el diagnóstico es la irresolución, respuestas ambiguas y frustración, tanto por parte de las personas afectadas como también del personal médico, por la evidente ineficacia de los protocolos que, normalmente, cuando se aplican en otras patologías, permiten resolver esta fase de manera fluida, precisa y clínicamente satisfactoria, sin embargo, en el caso de la FM, el diagnóstico suele ser impreciso y el tratamiento inefectivo.

Claudia relata los inicios de su condición, cuando comenzó a sentir que los síntomas se incrementaban y necesitaba ayuda médica:

Visité un montón de médicos, de distintas especialidades y no encontraba una respuesta real a lo que me pasaba, casi siempre me decían “usted no tiene nada”, y eso me hacía sentir muy mal, como si yo estuviera inventándolo todo, como si estuviera loca, pero los malestares seguían.

Más tarde, cuando ya había sido diagnosticada de FM, Claudia relata lo que ocurrió cuando comenzó un tratamiento farmacológico:

Comencé a tomarme los remedios sin muchas ganas, quería evitar medicarme, y como no me hacían efecto los dejé.

Con relación a su tratamiento farmacológico, Pamela afirma:

Los medicamentos me hicieron bien pero después de un tiempo me seguía sintiendo mal, si no era una cosa era otra, y los medicamentos no son mágicos y no me servían.

El tiempo promedio desde que se presentan los primeros síntomas hasta el diagnóstico médico era de 9,2 años el 2005, según un estudio realizado en Granada, España (Ubago Linares et al. 2005). En la actualidad este período es más corto gracias al ajuste de los criterios diagnósticos realizado el 2010, que favoreció una mayor precisión al considerar síntomas complementarios al dolor, particularmente problemas cognitivos como el deterioro de la memoria, concentración y atención, fatiga, sueño no reparador y trastornos del sueño en general, y síntomas somáticos (Moyano et al, 2015). Este nuevo método diagnóstico consideró alrededor de 40 síntomas asociados a la FM en un Índice de Dolor Generalizado: Widespread Pain Index (WPI) y una Escala de gravedad de síntomas: Symptom Severity Score (SS-Score) (Wolfe et al, 2010). En relación al diagnóstico, su historia y cómo se realiza en la actualidad, se realizará una descripción más acabada en los capítulos finales de este libro.

La FM, por sus características, es una enfermedad “mal vista”, es decir, conlleva una serie de estigmas sociales que son producto del arraigo cultural de una concepción biologicista de las enfermedades, es decir, hay una “manera normal” de estar enfermo o enferma que se caracteriza por una seguidilla de fases dentro de las cuales las personas enfermas deben transitar: la fase sintomática que conlleva a exámenes médicos que derivan en un diagnóstico preciso y su consecuente tratamiento, y un desenlace que consiste en la recuperación o, en el caso de las enfermedades crónicas, el control de sus manifestaciones sintomáticas. Las personas con FM suelen errar a lo largo de esta trayectoria sin alcanzar definitivamente la etapa final de recuperación o control sintomático, por lo cual no responden a la normalidad de una enfermedad, y es la razón por la que emergen los estigmas sociales y sus consecuentes perjuicios.

Con relación a su tratamiento, Claudia afirma que se medicaba cuando los síntomas aumentaban, ella habla de “momentos de crisis”, lo hacía para poder funcionar y cumplir con sus responsabilidades en el trabajo y en la casa, pero con el tiempo el ritmo era insoportable:

(...) algunos días no podía levantarme de la cama, era una mezcla de dolor, cansancio, tristeza, impotencia, y tenía que llamar una vez más al trabajo para decir que no podría ir, sentía que nadie me creía, y mi familia no entendía qué me pasaba, me sentía horrible.

Cuando se consigue el diagnóstico las y los pacientes suelen sentir alivio porque “por fin” encuentran una explicación médica a sus dolencias, y con ella

“un arma con que defenderse” frente a los cuestionamientos generalizados respecto de la veracidad de sus malestares, y un modo de reivindicar la dignidad menoscabada al ser tenidas como personas “histéricas” e “hipocondríacas”. Desde el punto de vista de las y los afectados, el diagnóstico les permite demostrar que su enfermedad no es una simulación o “un cuento inventado” para no ir al trabajo o no cumplir con las exigencias del entorno, quitándose de encima el estigma de “vagas” o “flojas”, como han llegado a creer sus familiares, amigos y amigas, sino que es real porque lo acredita un médico (Ros, 2006; Carrasco et al., 2010; Sedó Fortuny y Ancochea Millet, 2002).

Pude decirle a mi marido y a mis hijos: oigan, lo que tengo se llama fibromialgia, ¿ven que no era mentira? (...) me tranquilizó saber que tendría una explicación para mis molestias, y una licencia médica que lo respaldara (Claudia).

Cuando el médico me dijo que lo que yo tenía era fibromialgia me lo explicó en palabras difíciles y entendí poco, llegando a la casa me puse a googlearlo, y también me compré un libro sobre fibromialgia, quería saberlo todo porque quería que durara poco y mejorarme (Pamela).

En definitiva, su malestar tiene ahora un nombre y, en rigor, una solución, la cual recae en el personal médico, en los infalibles procedimientos de la medicina y en el sistema de salud. Esto les libera de la carga de resolver su propio problema de salud, y también del estigma que brota de la asociación de sus malestares con trastornos psicológicos, que les hace sentir como enfermos o enfermas de la mente, lo cual acarrea una connotación culturalmente negativa, porque en el contexto de una sociedad que no se responsabiliza por los efectos que produce en la salud de las personas, tener un trastorno mental parece ser un problema individual y de responsabilidad privada.

En el contexto de la sociedad moderna occidental y la hegemonía biomédica en nuestro sistema de salud, con un sello marcadamente biologicista, no es igual tener una enfermedad del cuerpo que tener una enfermedad de la mente. Lo primero se asocia a factores externos a la persona, con la genética o el resultado de una confluencia de variables en la historia clínica, —factores de riesgo— que decantan en un daño orgánico, esto es, se entiende que “les tocó” enfermarse del cuerpo. En cambio, las enfermedades de la mente tienen una connotación culposa, una responsabilidad individual. Una persona que padece una enfermedad orgánica “está” enferma, mientras que una que padece un trastorno mental “es” enferma. Las enfermedades mentales se atribuyen al “ser”, lo cual traspasa toda la responsabilidad a las personas padecientes, al mismo tiempo que otorga impunidad a los factores tóxicos de la estructura social que actúan como desencadenantes de la enfermedad y particularmente de los cuadros, trastornos o enfermedades mentales.

Una limitación del paradigma médico es la dicotomización de las enfermedades, que pueden ser orgánicas o mentales, por ello ha sido denominado el paradigma bio-psico-médico (Pujal i Llombart et al. 2015). La mayor conciliación entre estos dos polos la logra el concepto de enfermedad psicosomática, que implica, desde esta mirada, un trastorno mental que se expresa a través del cuerpo (Martínez-Lavín, 2006).

Desde la perspectiva biopsicomédica, cuando no existen pruebas diagnósticas concluyentes para establecer la enfermedad, es decir, una imagen o parámetro de laboratorio alterado, se dice que no hay una causa orgánica para la existencia de los malestares o síntomas, significa que no hay una explicación científica y, por tanto, la enfermedad no existe. Entonces se apela al componente psicosomático, con el pesar cultural que conlleva. Es cuando este vacío entre la respuesta médica y la condición de malestar de la persona se llena con la creencia o convicción de que la causa es la misma persona, su forma de ser. Es cuando la enfermedad pasa a una categoría ajena a la medicina y le corresponde atenderla a un profesional de la salud mental.

Pamela cuenta que todos los médicos que visitaba le pedían exámenes médicos para descartar, gastó mucho tiempo y dinero, y finalmente el reumatólogo la derivó a un especialista en salud mental:

El médico me derivó al psicólogo porque dijo que lo que yo tenía estaba en mi mente, no me lo dijo con esas palabras, pero era evidente, terminé convencíndome que tenía alguna enfermedad mental (...) ¿cómo le diría a mi familia que al final de todo yo estaba media loca?

El componente psicosomático de la FM representa un problema para las personas que la padecen, porque las sitúa en un lugar incómodo, en el que la culpa de la enfermedad es de ellas y, por tanto, su demanda es incomprendida por el sistema médico. Este escenario subjetivo, que suele develarse a través de métodos cualitativos, entrevistas y narraciones de personas con FM, da cuenta de una percepción negativa del componente psicosomático y, por otra parte, una identidad construida en torno a la enfermedad. En definitiva, esta es la razón por la que las personas con FM prefieren estar enfermas a “ser locas”, una perspectiva sostenida en un sesgo “cientificista” culturalmente arraigado en nuestras sociedades (Pujal i Llombart y Mora, 2013; Pujal i Llombart et al., 2015).

Continuando con la trayectoria de la FM, sabemos que comenzó con los síntomas y después de un período vino el diagnóstico, momento en que las y los pacientes depositan sus esperanzas en la legitimidad de la medicina y la capacidad que ha tenido históricamente de resolver los problemas de salud, y responden con entusiasmo a las prescripciones, se interesan activamente en educarse sobre su enfermedad, obtener retroalimentación por parte de las y los especialistas y, en muchos casos, acuden también a terapias complementarias, sobre

todo acupuntura y terapia de flores. Algunas personas comienzan de inmediato a recibir psicoterapia para aprender a sobrellevar las molestias. Es cuando comienza un nuevo peregrinaje, esta vez en busca de un tratamiento efectivo que proporcione alivio (Carrasco et al., 2010).

El tratamiento de la FM apunta básicamente a reducir los síntomas, principalmente el dolor y la fatiga, a mejorar la calidad del sueño y los niveles de funcionalidad, facilitar la adaptación y calidad de vida, así como a incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. Consiste en la combinación de tres pilares fundamentales: fármacos, ejercicio físico y psicoterapia de corte cognitivo-conductual (MINSAL, 2016).

Un momento de inflexión en la trayectoria biopsicomédica de la FM es cuando las personas padecientes caen en cuenta que después de todo, el malestar persiste y comienzan a tomarle el peso a la cronicidad de su dolencia. Se dan cuenta que el afrontamiento de su enfermedad conlleva un estilo de vida adherido al control clínico y terapéutico, y que su rehabilitación no depende de las destrezas del personal de salud. Es cuando se hace evidente el límite del abordaje biopsicomédico, y la responsabilidad de y por la enfermedad recae nuevamente en las personas padecientes. En esta etapa toma fuerza la arista psicoterapéutica, particularmente con el propósito de ayudarles a sobrellevar el dolor y aceptar la realidad.

Después de un año más o menos tomando remedios, tratando de hacer algo de ejercicio, tomando flores y cuanto cosa leía que tenía que hacer, finalmente sentí que necesitaba ayuda psicológica, estaba muy frustrada porque no me mejoraba (Pamela).

La búsqueda de la eficiencia terapéutica se transforma con el tiempo en una constante en la vida de las personas con FM y en un desafío para el personal médico que está a cargo, siendo la adherencia y la adaptación el mayor de los logros. Sin embargo, esta “irresolución terapéutica crónica” produce discordancia en el reconocimiento de la FM como enfermedad propiamente tal, y persisten múltiples hipótesis respecto a ella y diversas propuestas sobre la manera más efectiva de afrontarla, que suelen contraponerse, imbricarse y finalmente, disociarse con resultados inefectivos.

Actualmente, los neurólogos, en general, no están especialmente interesados en esta enfermedad; los psiquiatras tienen saturación de casos ante la derivación de estos pacientes por parte de otros especialistas para ser tratados por la polémica depresión; los médicos internistas tampoco la encuadran habitualmente; e incluso, no todos los reumatólogos creen en la existencia de esta enfermedad (Ros, 2006, parr. 10).

Este panorama marcado por la irresolución y el desconocimiento produce un malestar generalizado, no únicamente en las personas con FM y sus familiares sino también en el personal sanitario, que cada vez más reconoce

encontrarse frente a un fenómeno que sobrepasa las posibilidades de abordaje desde sus especialidades y perspectivas. Lacobelli (2013) afirma: “No tenemos un marco teórico para acomodar estos pacientes. Los paradigmas actuales no explican esta enfermedad tan compleja”.

La incertidumbre del personal sanitario tiende a manifestarse en situaciones de discriminación y agravio, comentarios desafortunados cargados de cuestionamiento y deslegitimación del malestar, que refuerzan el autoconcepto negativo de las y los pacientes, reflejando la frustración por la incompetencia y la imposibilidad de sostenerse en la anhelada evidencia empírica (Pujal i Llobart y Mora, 2013). Un estudio realizado por nuestro equipo en la Universidad de Santiago con 544 mujeres diagnosticadas de FM, reportó que un 55% se ha sentido alguna vez agredida por un médico u otro/a profesional de la salud (física, psicológica o verbalmente).

Tabla 3  
¿Te has sentido alguna vez agredida por algún médico/a u otro/a profesional (física, psicológica, verbalmente)?

|          |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------|---------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos  | Sí      | 297        | 54,6       | 54,9              | 54,9                 |
|          | No      | 244        | 44,9       | 45,1              | 100,0                |
|          | Total   | 541        | 99,4       | 100,0             |                      |
| Perdidos | Sistema | 3          | 0,6        |                   |                      |
| Total    |         | 544        | 100,0      |                   |                      |

Con todo, la trayectoria de la FM suele derivar en niveles altos de ansiedad y sintomatología depresiva, por lo que en muchos casos involucra también diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. La presencia de diagnósticos psiquiátricos asociados a la FM abre la polémica discusión sobre si las personas con FM poseen un perfil psiquiátrico. Hay autores y autoras que hipotetizan que las patologías mentales son anteriores a la FM, y que ésta se produce en personas con ciertas predisposiciones mentales o trastornos de personalidad, sin embargo, no existen resultados concluyentes que lo demuestren. Por otra parte, se afirma que la adversa trayectoria de la FM conduce hacia un desenlace psiquiátrico. Ros (2006) afirma que: “Un gran porcentaje de fibromiálgicos padece depresiones reactivas, a consecuencia del cambio tan tajante que tienen que asumir en sus vidas tras la aparición de la enfermedad” (Parr. 23). La mayoría de los autores y autoras aceptan que la FM no es comorbilidad de trastornos psicopatológicos,

en cambio, está influida en su origen y evolución por factores psicosociales. Sedó Fortuny y Ancochea Millet (2002) señalan que tal vez tenga que ver con el tremendo estrés al que está sometido el individuo en nuestra sociedad industrializada, exigente y violenta, una biografía cargada de esfuerzos, un trabajo poco satisfactorio, falta de apoyo social, baja autoestima, escasa motivación, etc.

Desde el punto de vista del sistema de salud, que arrastra los sesgos que comporta la hegemonía biomédica, la FM es una enfermedad deslegitimada. La acreditación de la minusvalía o incapacidad es un problema debido a que su origen es ambiguo: ¿de dónde proviene la incapacidad, es física, neurológica, psíquica?, ¿qué especialista debe acreditarla?, ¿cómo la acredita?, ¿hasta dónde la persona es inválida, en lo laboral únicamente o en todos los ámbitos de su vida? El sistema de salud necesita estas respuestas para disponer de recursos, necesita contar con legitimidad científica para acreditar una invalidez que implica un gasto, debe ser capaz de identificar y discriminar los casos fraudulentos y focalizar dichos recursos en las personas que los necesitan realmente. Este filtro concentrado en la selección de casos reales constituye un modo más de agravio para las personas con FM al tener que demostrar objetivamente su malestar, cuando paradójicamente éste no tiene forma ni color en su cuerpo, los síntomas no son fisiológicamente visibles, no hay una radiografía en que aparezca una mancha negra ni un parámetro de laboratorio alterado sino únicamente una declaración de dolor y malestar, plenamente subjetiva y como tal, cuestionable a ojos científicos. Por sus características ha de conocerse como la enfermedad “invisible”, “fantasma” o “caprichosa”.

Quienes escribimos este libro pensamos que más allá de la anhelada objetividad está la ética, y la realidad es que hay personas que sienten dolor y necesitan ayuda. Más allá del nombre que tenga este dolor, quién se lo puso, qué tanto duele y cómo se mide, simplemente existe, es real y debe movilizar incuestionablemente una respuesta.

A estas alturas, a usted le puede estar resultando sensato discrepar con el sentimiento de alivio de las personas cuando les diagnostican FM, ya que la balanza no parece clara en indicar qué aspecto es más agravante, si la sanción social que conlleva la irresolución y la duda previa al diagnóstico o la trayectoria adversa que conlleva su tratamiento. Parece éticamente urgente la necesidad de encontrar un abordaje de la FM que permita evitar el sufrimiento y la adversidad que comporta su trayectoria, y que canalice el proceso hacia la rehabilitación.

Esta urgencia conlleva necesariamente la producción de conocimiento científico interdisciplinario, esto es, la evaluación de la multiplicidad de factores sociales, emocionales, históricos, psicológicos y biológicos que están interrelacionados para producir una conjunción de síntomas progresivos, intermitentes y crónicos, que acarrearán un desgaste creciente de la calidad de vida. Con todo, probablemente lo más operativo en el tratamiento de la FM sea intervenir en la constelación de factores que están incidiendo en un terreno predispuesto al dolor, esto implica un abordaje biopsicosocial, interdisciplinario y con perspectiva

de género, entendiendo que se trata de un problema de salud en que cada caso presenta su propia especificidad, tanto desde su predisposición genética, su sensibilización central como desde su anamnesis biopsicosocial.

Finalmente, la FM continúa siendo un malestar que parece emerger con fuerza en el siglo XXI, develando las perversidades de nuestra sociedad; creciente y polémico por su femineidad, amenazante para la ciencia, inquietante para el personal de salud y tremendamente frustrante y doloroso para quienes lo padecen. Queremos definir la FM como un problema de salud, pero también como un fenómeno sociológico, cultural y político que pone en evidencia el ineludible carácter biopsicosocial de la salud humana.

## CAPÍTULO 3

### **Para una nueva ética de la terapéutica: re-interpretando el dolor en la fibromialgia**

Gabriel Pérez Campos  
Gonzalo Rojas Contreras  
Miguel Bustamante Araneda

*... Y si pudierais mantener vuestro corazón maravillado  
ante los diarios milagros de la vida,  
vuestro dolor no os parecería  
menos maravilloso que vuestra alegría...*

Khalil Gibran, El Profeta

#### **1. Introducción**

Seguramente usted ya está pensando en que estamos frente a un problema de salud complejo. En síntesis, la FM es un trastorno de origen desconocido que se caracteriza por una constelación florida de síntomas, cuyo eje articulador es la existencia de dolor crónico. Actualmente su diagnóstico se realiza posterior al descarte de enfermedades reumatológicas, psiquiátricas, neurológicas y osteomusculares. Quienes padecen esta enfermedad experimentan, además del dolor en diferentes partes del cuerpo, alteraciones digestivas, cognitivas, del sueño, entre otras. Estas manifestaciones afectan considerablemente la calidad de vida, dado que no responden de manera favorable al tratamiento farmacológico. A lo anterior se suma que las personas que padecen esta enfermedad se ven sometidas a la ya mencionada itinerancia por múltiples especialidades médicas en busca de un diagnóstico y plan terapéutico efectivo. La incertidumbre que acompaña este proceso alimenta aún más las manifestaciones sintomáticas. En suma, nos encontramos frente a una persona sufriendo que no encuentra respuesta oportuna en el sistema de salud contemporáneo, con una mala calidad de vida que compromete todas sus dimensiones existenciales. Adicionalmente a las dificultades mencionadas, la FM presenta una afectación diferencial según género. Sin embargo, la variable sexo-género ha sido ignorada por la mayoría de la ciencia médico-psicológica al momento de abordar esta condición.

Este capítulo aspira a problematizar el tradicional raciocinio que ofrecen las ciencias biomédicas frente a la enfermedad, integrando un juicio reflexivo desde nuestras propias prácticas. Consideramos a la FM como un prisma desde donde

se pueden re-visualizar tanto los modelos actuales de salud como los sustratos epistemológicos que le dan cuerpo.

Lo que nos impulsa a emprender este esfuerzo es la convicción de que existen otros modos posibles de enfrentar la enfermedad y el padecer, rescatando la integridad del ser humano, su subjetividad, y su esencia eminentemente colectiva por encima de todo reduccionismo científico e individualizante.

Como profesionales vinculados a distintos ámbitos de la salud, constatamos en nuestro quehacer cotidiano que una mirada centrada sólo en resolver los síntomas no logra mejorar significativamente la calidad de vida de las personas. En este sentido, la FM nos presenta un desafío tanto en su comprensión como en su abordaje terapéutico.

Desde la experiencia clínica, la limitada respuesta al tratamiento farmacológico que observamos en esta condición nos lleva a plantearnos una primera pregunta: ¿Por qué las personas que padecen FM presentan una respuesta tan pobre a los analgésicos? La escasa eficacia del modelo médico en el manejo de los síntomas de la FM —así como en otras condiciones de salud complejas y de difícil delimitación clínica que hoy día adquieren relevancia social tales como el colon irritable, algunos tipos de cefalea crónica, entre otras— nos tientan al cuestionamiento de su desempeño y de sus presupuestos.

En la actualidad, tenemos un escenario en que la comunidad científica y su producción en el terreno de la medicina enfrentan una crisis de confianza por parte de la población, viéndose cuestionada la legitimidad y la autoridad que históricamente ha ostentado. Esto nos lleva a una segunda interrogante: ¿Es posible construir una respuesta médica eficaz sobre la FM desde el modelo biomédico?

Sin duda estas interrogantes no son fáciles de responder. Lo que sí podemos afirmar es que para abordarlas es necesario incorporar en la discusión un análisis crítico de los postulados que sustentan a las ciencias biomédicas como tal, de modo de establecer íntegramente las dimensiones y la complejidad del objeto de estudio. Sólo a través de este ejercicio es posible elaborar una salida científica, racional y progresiva a la problemática.

## **2. Fibromialgia y modelo biomédico**

Comenzaremos este capítulo recordando que la FM es un síndrome que se caracteriza por dolor generalizado, alteraciones cognitivas, digestivas y del sueño, además de acompañarse por un florido abanico de síntomas.

Tabla 4  
Condiciones Asociadas a la Fibromialgia

|  |
|--|
| Depresión                                  |
| Trastorno Bipolar                          |
| Fatiga                                     |
| Migraña                                    |
| Síndrome Vertiginoso                       |
| Síndrome Piernas Inquietas                 |
| Cólon Irritable                            |
| Parestesias                                |
| Dolores “de crecimiento”                   |
| Dismenorrea                                |
| Vulvodinia                                 |
| Vejiga Irritable y Cistitis intersticiales |
| Bruxismo                                   |
| Disfonías                                  |

Fuente: elaboración propia.

Junto con la complejidad que imprime a la FM la abundancia de síntomas que las personas que la padecen tienen que soportar, en el capítulo anterior queda de manifiesto que tenemos una condición de salud que no logra ser comprendida por las ciencias médicas ni manejada por los sistemas de salud.

¿Por qué la medicina contemporánea no logra abordar de manera satisfactoria esta condición? Los sistemas de salud están montados sobre un conjunto de saberes y prácticas que constituyen un modelo médico hegemonizado por el paradigma biomédico, cuyo sustento teórico es de tipo reduccionista. El reduccionismo biológico es un modelo explicativo del comportamiento humano y sus funciones vitales, proveniente de una tradición filosófica que analiza el fenómeno mediante el desmenuzamiento del mismo a sus elementos constituyentes (Morín, 1998). Esto implica asumir que las funciones biológicas se podrían reducir a una conjunción de procesos físicos y químicos. Sin embargo, el “azote de realidad” que nos proporciona la clínica cuestiona estos supuestos y nos llena de interrogantes, sobre todo al abordar síntomas conspicuos como el dolor. Como médicos, nos hemos preguntado: ¿Esto solo aparece en función de una noxa tisular (daño en los tejidos)? Y si ampliamos un poco la reflexión, ¿podemos explicar la conducta como un conjunto de fenómenos físicos y químicos malfuncionantes? ¿Qué rol jugarían las vivencias de las personas en la evolución del mismo? ¿Cómo influye el aprendizaje en esta dinámica? ¿Podemos abstraernos del contexto histórico al evaluar un fenómeno?

La aceptación del modelo biomédico en la práctica clínica no se sustenta necesariamente en su efectividad, sino en el *poder* que tiene sobre otros discursos (Feyerabend, 1986).

Algunas de las consecuencias del modelo biomédico en la práctica clínica son el predominio de la dimensión biológica sobre otras dimensiones de lo humano, privando al fenómeno de su entorno sociocultural y de su historicidad a la vez que la práctica médica se vuelve un acto técnico e individualizante. Por otra parte, el sujeto desaparece en desmedro de los síntomas que configuran una enfermedad. Dado el arraigo que posee el positivismo en esta disciplina, dichos síntomas se trabajan predominantemente como variables cuantitativas, lo que deviene finalmente en la deshumanización de la práctica médica (Mueña Ciero, 2007). Estos elementos contribuyen al extravío de la relación profesional - paciente y su potencial como instrumento terapéutico.

Este modelo, que interpreta el funcionamiento de los organismos vivos en base a interacciones de fuerzas físicas y reacciones bioquímicas, ha dado grandes frutos en cuanto a la comprensión detallada de la fisiología y fisiopatología de la maquinaria biológica. Su método se basa en los hallazgos clínicos complementados con información objetiva proveniente de los exámenes de laboratorio, imagenológicos y de anatomía patológica para aproximarse a un diagnóstico preciso. Todo esto ha contribuido a los mayores avances observados en la historia de la humanidad respecto a la terapéutica, la recuperación de la salud y la lucha contra la muerte prematura por enfermedad.

Sin embargo, esta mirada meramente biologicista deja de lado elementos esenciales e inherentes al ser humano tales como su contexto cultural, familiar, el territorio donde vive, su biografía y todo lo relacionado con su subjetividad. Lo que no se puede cuantificar simplemente no existe. Para el modelo biomédico el proceso salud-enfermedad podría homologarse a la caída de una cascada de dominós, pudiendo medirse lo que explica la caída de cada dominó. Sin embargo, el ser humano tiene una complejidad muy superior a cualquier reduccionismo mecanicista: el tránsito de la salud a la enfermedad y viceversa se asemeja más a un continuo circular que a una cascada lineal. Los factores que generan movimiento en este continuo son de diversa índole, no todos visibles ni conocidos. Entonces, es adecuado plantear que para comprender la causa primaria que lleva a la enfermedad es necesario volver a mirar al ser humano de manera integrada, trascendiendo hacia la complejidad que nuestra existencia multidimensional nos presenta.

### **3. El dolor: Derribando los límites del objeto de estudio**

En un artículo llamado: “What is this thing called Pain?” (“¿Qué es esta cosa llamada dolor?”) publicado el año 2010, Clifford J. Woolf revisa el dolor partiendo desde un análisis neurobiológico que es pertinente conocer (Woolf, 2010). El autor divide el dolor de manera general en tres tipos: 1) el dolor nociceptivo que representa la sensación asociada con la detección de un potencial daño de tejidos, estimulados por una noxa y que es protector para el individuo; 2) el dolor

inflamatorio asociado a daño del tejido e infiltración de células inflamatorias y defensivas, y que promueve la reparación por medio de la hipersensibilidad al dolor hasta que la curación se haya completado; y 3) el dolor patológico que está causado por un daño de las estructuras del sistema nervioso (dolor neuropático) o su anormal funcionamiento (dolor disfuncional).

La distinción planteada por Woolf corresponde a una categorización que atribuye al dolor una supuesta *función* que se podría considerar conservadora del organismo. Esta referencia a la funcionalidad de los fenómenos biológicos tiene un peculiar poder explicativo en las ciencias, pues a partir de los efectos que producen estos fenómenos es posible justificar y dar sentido a su existencia. De esta manera, todo criterio de funcionalidad introduce la dimensión teleológica (la consideración sobre el *efecto* o *fin* del fenómeno, el *para qué* sirve) en la estructura explicativa y por eso es tan efectivo para comprender nuestro mundo.

Sin embargo, la *función*, como propiedad de los sistemas biológicos, responde más a una construcción de sentido —producto de la razón— que a una propiedad natural de los sistemas. De ahí se deduce que, a una variedad del tercer tipo de dolor, siguiendo la caracterización mencionada previamente, la biomedicina no sea capaz de otorgarle una función; por eso no tiene sentido y es *disfuncional*.

Desde un punto de vista fenomenológico, que nos acerca al objeto de estudio desde la experiencia vivida por los sujetos, cabe preguntarse nuevamente, esta vez desde fuera de la biología del organismo aislado, si el dolor tiene función. Esta perspectiva nos ofrece un giro interesante porque ahora, hablando desde la experiencia y vivencias del sujeto, la *funcionalidad* se determina por la construcción de sentido y significados. De esta manera, desde el análisis del sentido y significados que el dolor pueda representar para los sujetos, podemos cuestionar si el dolor llamado *disfuncional* tiene función o no.

En primer lugar, tenemos que hacer una distinción entre dolor y sufrimiento. El primero es la sensación somática como respuesta a un estímulo y el segundo contempla un proceso psico-afectivo enmarcado dentro de un contexto sociocultural e histórico. El sufrimiento es un significado que se le asigna al dolor. Sin embargo, antropológicamente, podemos constatar que el sufrimiento no es el único significado posible de atribuir al dolor. Así, existen diversas culturas en que se practican ceremonias donde el dolor es interpretado no como sufrimiento sino como gozo. En este caso el dolor no sería un problema.

El problema surge cuando aparece el sufrimiento, cuando *el dolor se sufre*. Es decir, cuando el dolor se interpreta como afección y malestar. Pero, así como el sufrimiento es sólo una de las posibilidades de significar el dolor, la presencia del sufrimiento no necesariamente está condicionada por la existencia del dolor. Dicho de otra forma: así como puede haber dolor sin sufrimiento, también puede haber sufrimiento sin dolor.

Entonces, ¿de qué es atributo el sufrimiento? ¿De dónde surge la posibilidad de sufrir? El sufrimiento surge del significado que se levanta sobre las

experiencias del sujeto, específicamente de aquellas que generan malestar o *dis-placer*; es decir, el sufrimiento tiene un componente psíquico. De ahí que podemos plantear que la experiencia de sufrimiento puede encontrar un camino de evacuación en la expresión del dolor. Esta sería una explicación psicósomática del dolor, y es la línea que trabajan varios grupos de investigación en FM.

En el ámbito social el dolor/sufrimiento se manifiesta como una fuerza vinculante que busca reconectar al sujeto aislado que sufre con el resto del colectivo que acude en su ayuda. Desde la asistencia que cualquiera de nosotros brindaría a alguien que se ha accidentado en la vía pública, hasta la cobertura que entregan los Sistemas de Salud tanto públicos como privados, el sufrimiento de un individuo provoca una respuesta; una acción social. Por ello al Sistema de Salud de una nación se le atribuye la cualidad de ser “la respuesta social organizada”.

Cabe destacar que, además de los seres humanos, existen otras especies animales que muestran reacciones colectivas bien definidas frente al dolor / sufrimiento de uno de sus integrantes, y aunque este análisis escapa a los objetivos del presente texto, es posible afirmar que el dolor, o más bien la expresión somática de dolor de un individuo, es una señal primaria fácilmente reconocible por el colectivo y se expresa como un imperativo ético primordial.

En esa línea, proponemos que la respuesta del colectivo frente al dolor no viene a dar cuenta de la acción de un imperativo moral en el sentido kantiano, de ayudar por una norma moral guiada por la razón (Kant, 1968), sino que es una respuesta innata propia de los sistemas vivos. Mirado desde esta óptica el dolor adquiere un nuevo sentido biológico que se sostiene —más allá de todo reduccionismo— en nuestra naturaleza gregaria.

A modo de cierre, proponemos que el dolor y toda la sintomatología presente en la FM es el último grito de ayuda desesperado de personas que experimentan profundo malestar en su existencia, por condiciones de vida pauperizadas en función del género y de condiciones socioeconómicas y culturales adversas. Mirado así, el dolor se convierte en una invitación a restaurar el vínculo amoroso con el colectivo que fue negado en algún punto de la biografía del sujeto.

Las reflexiones que hemos elaborado en este capítulo se basan en la urgencia de combatir las negaciones del sujeto que impiden avanzar hacia la humanización y la comprensión profunda del padecer humano.

Esta tarea debe realizarse de manera colaborativa, incluyendo no sólo la visión técnica de los profesionales de la salud, sino también la visión de quienes padecen. Proponemos esto no sólo desde una perspectiva ética, sino también por una razón terapéutica: si el dolor es un llamado a restaurar el vínculo, este es el primer espacio donde debe realizarse esta labor reparatoria.

En este punto cabe preguntarnos por cuál es el objetivo fundamental de la institución médica. Suscribimos la idea de que esta no se define por el saber, sino por el proceder; dicho en otras palabras, su propósito es sanar.

Es por esto que se hace necesario superar el monopolio del reduccionismo biológico en el manejo del sufrimiento humano. Este proceso debe ser colectivo,

deliberativo y horizontal. No sólo dirigido a la FM en particular, sino a la institución médica en su conjunto.

Sin duda el desafío que enfrentamos es gigantesco, puesto que implica modificar estructuras del saber/poder en el campo de las ciencias, que son las responsables históricas del ejercicio de la medicina en el mundo actual.

Desarrollar la problemática desde la perspectiva teórica es sólo un primer paso, que antecede a la revaloración y reformulación de las prácticas, tareas a las que esperamos contribuir con estas reflexiones.



## CAPÍTULO 4

### Un enfoque biopsicosocial con perspectiva de género para el abordaje de la Fibromialgia

Andrea Lizama Lefno

El tratamiento biopsicomédico de la FM no contempla la posibilidad de remisión, el objetivo es el manejo de síntomas y aprendizaje de estrategias de control de los malestares, sobre todo adherencia terapéutica y aceptación de la cronicidad de la enfermedad, aquello que busca alcanzar y sostener la terapia cognitivo-conductual. A este abordaje, Pujal I Llombart y Mora (2015) han denominado controversialmente la “posición terapéutica de la conformidad” y comporta un estilo de vida medicalizado, alta frecuencia de consulta médica y psicológica, y riesgos asociados a la polifarmacia y automedicación, incluso proyecciones de morbimortalidad, especialmente en la gran mayoría de pacientes que además presenta varias comorbilidades (Lizama Lefno y Rojas Contreras, 2019).

El espectro que abarca la mirada biopsicomédica de la FM no visualiza respuestas resolutivas, porque no va más allá de los límites del cuerpo biológico y la expresión conductual de esquemas mentales moldeables, no considera sensatamente las subjetividades construidas en contextos sociales e históricos, de los cuales no debemos abstraernos a la hora de intentar comprender las expresiones corporales y mentales de las personas, los malestares y la salud humana, en general. Manteniendo la perspectiva dentro del encuadre biopsicomédico no hay opción más que la aceptación de la condición, es decir, la cronicación de la enfermedad (Pujal i Llombart et al., 2015). El sello del abordaje que aquí proponemos es la búsqueda de respuestas en la integración de las ciencias médicas con humanidades y ciencias sociales, entendiendo que la estructura de relaciones sociales desiguales en la que nos desenvolvemos en nuestras sociedades modernas capitalistas y patriarcales actúa como contexto de vulnerabilidad impactando en la salud de las personas, sobre todo de las mujeres, por la posición desventajada que ocupan en dicha estructura, que ha marcado el devenir de su historia personal y social (Mora et al., 2017).

La desigualdad de la estructura social es un factor determinante de la salud en todo el mundo. No poseen las mismas condiciones y estado de salud personas de distinta clase social, raza y género, tanto dentro de los países como entre países y regiones del mundo (OMS, 2009). A principios de este siglo, la OMS, a través de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2005), insta explícitamente a las naciones a trabajar arduamente en la equidad de género en cuestiones de salud, efectuando acciones como legislar sobre

las discriminaciones por razones de sexo, trabajar por la eliminación de prejuicios sexistas y estereotipos de género, destinar presupuesto para reducir la violencia de género y particularmente contra las mujeres, entre múltiples otras recomendaciones.

En coherencia con lo anterior, la perspectiva que proponemos considera que las cuestiones de género constituyen un asunto de prioridad en el análisis de la trayectoria de las enfermedades, esencialmente las enfermedades asociadas al sistema inmunológico y cuadros clínicos categorizados como crónicos, que comúnmente se manifiestan mediante dolor y malestares corporales y trastornos mentales, en general, y que han tenido un notable incremento en la prevalencia en las últimas décadas, sobre todo en mujeres, y que ante la irresolución de los diagnósticos suelen ser tratados como patologías psicosomáticas con tratamientos restringidos e inefectivos. La FM constituye un fenómeno representativo en este contexto, por su indeterminada historia científica, su dubitativo abordaje médico y la trayectoria que conlleva, pero sobre todo por las ineludibles inquietudes que despierta su notoria presencia en las mujeres, más allá de la diferencia en la prevalencia según sexo, que continúa siendo un objeto de estudio inacabado.

A estas alturas, es esperable que la pregunta que usted tiene en su cabeza sea ¿Por qué la FM es predominante en mujeres? Esta interrogante, junto con la ausencia de etiología orgánica, abre la inquietud por la existencia de factores psicosociales de género que funcionan como desencadenantes. La razón de la prevalencia mayoritaria en mujeres no puede explicarse por una característica biológica de las hembras humanas. Al parecer no hay “algo” en el cuerpo biológico de las mujeres que explique la FM, sin embargo, hay “algo” en las mujeres que favorece el brote de este síndrome. Al respecto, la hipótesis que han formulado las ciencias sociales es que ese “algo” es el impacto que tiene en la subjetividad la construcción social del género y la desigual distribución de poder entre sexos en razón de las diferencias biológicas, que se traduce en múltiples formas de violencia de género, sobre todo contra las mujeres (Pujal i Llombart et al., 2020). En el capítulo a continuación se profundiza en este análisis.

La OMS reconoce y explicita el impacto que tiene la violencia contra las mujeres en la salud física y mental, a saber, cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud física en general, riesgos asociados a embarazos no deseados y abortos provocados, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH; en cuanto a la salud mental, depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios, intento de suicidio, consumo de tabaco, alcohol y drogas (OMS, 2016).

Desde este punto de vista, llama la atención que los análisis que las ciencias médicas hacen de la FM sean tan impunemente indiferentes a las evidentes cuestiones de género que involucra, siendo el dato de prevalencia según sexo una alarma ineludible que no sólo fuerza el abordaje de género sino también

abre un campo de análisis y conocimiento en el ámbito de la salud. Las cuestiones de género asociadas a la FM y, en general, a la salud humana, han sido abordadas a partir de las ciencias sociales, la sociología y la psicología social fundamentalmente, sin embargo, no constituyen un objeto de estudio para las ciencias médicas y de la salud en general.

La incansable búsqueda de causas orgánicas y precisiones diagnósticas parecen más bien una obsesión por encontrar respuestas científicas en un campo disciplinario en donde no están, y conlleva a la desconsideración de la existencia de factores que se encuentran fuera del arraigado y acomodaticio paradigma biomédico tradicional, en una actitud nítidamente resistente al cambio, que anula anomalías que, desde una perspectiva kuhniana, representan la crisis de la hegemonía biomédica y la apertura hacia un paradigma biopsicosocial. Incluso hay quienes afirman que la misma denominación “fibromialgia” responde a una necesidad biomédica de reducir el complejo entramado que conlleva este síndrome y sus matices, actuando como refugio frente a las amenazas de lo inexplicable (Sedó Fortuny y Ancochea Millet, 2002).

Si bien tras el llamado de la OMS a ocuparse de los determinantes sociales de la salud se han elaborado estrategias políticas con el propósito explícito de subsanar las desigualdades, estas han comenzado por los asuntos de clase, particularmente bajo el objetivo de universalizar los accesos, incrementar los recursos y mejorar las condiciones de equipamiento de los servicios públicos. Así también, los determinantes sociales de la salud han sido abordados bajo una mirada microsocia, propiciando la intervención de variables comportamentales y estilos de vida, a cargo de programas y proyectos que ejecutan los servicios de salud locales, con el subsidio de recursos centrales, bajo un discurso descentralizador, el cual no obstante tiene un sentido progresista, desplaza la responsabilidad de la salud a las personas y comunidades, con la consecuente impunidad de los factores macrosociales y el desentendimiento de los niveles políticos.

Un reflejo del desplazamiento de la responsabilidad política en los asuntos de salud es el protagonismo que ha tenido la sociedad civil en el afrontamiento de la FM, el creciente activismo y proliferación de organizaciones sociales constituidas por personas que padecen FM y sus familiares, que emergen en la esfera pública con una intención y función nítidamente política y suelen derivar hacia una función incluso terapéutica (Pujal i Llombart et al., 2017).

Proponemos una perspectiva biopsicosocial con enfoque de género para la práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la FM, así como también para el abordaje analítico de este fenómeno y la política pública en salud. En definitiva, se trata de incorporar la perspectiva de las ciencias sociales y el abordaje de la subjetividad de género en la comprensión, explicación y tratamiento de la salud humana, como parte integrada de un abordaje biopsicosocial. Se trata de producir un método en el que confluyan múltiples disciplinas en una resolución, generar un modelo de trabajo e intervención en el que se articulen y actúen

interconectadamente los diversos conocimientos, esto significa que interactúen en la producción de un nuevo saber.

Implica también atender y prevenir la aparición de viejas prácticas arraigadas que emergen por habituación, esto es, la yuxtaposición de conocimientos, conglomerado de actuaciones desconectadas, troceado de terapias y tratamientos. La propuesta multidisciplinar tiene sentido en la medida que la intervención es una puesta en común, una intersección de saberes. Esto requiere una apertura recíproca de los participantes, una amplia y continua comunicación en torno al caso, anulación de totalitarismos, imposiciones y reduccionismos, todo en favor de permitir que brote la autenticidad del caso, con todos sus espectros y complejidades (Menéndez, 1998). En un modelo de trabajo en el que las disciplinas confluyen a través de un método, estas se asimilan entre ellas sin perder sus especificidades. Es importante que no obstante la confluencia, se delimiten las actuaciones de las múltiples disciplinas, y todas las personas del equipo comprendan a la vez que dejen fluir los saberes e intervenciones que convergen en el caso. Requiere apertura a perspectivas de otros campos de conocimientos y disposición al aprendizaje continuo y la cooperación.

No se trata de añadir disciplinas a la medicina sino de confluir disciplinas en un caso. El foco de atención es el caso y no el abordaje. En relación a esto, es importante que el trabajo sea coordinado y que el caso no se entienda como un receptáculo de intervenciones desconectadas, que la multidisciplinariedad no se traduzca en un trabajo en cadena. Esto implica que hay una organización, jerarquías y roles, sin que esto signifique imposiciones disciplinarias.

En lo concreto, adelantándome a lo que con claridad se expone en la segunda parte de este libro, es necesario diseñar un modelo en el que confluya la eficacia paliativa de la medicina con la psicoterapia basada en el método de abordaje biográfico o construcción de historias de vida en consideración de los contextos de vulnerabilidad social y de género. En este modelo confluye la historia social, familiar, emocional. Se trata de comprender los procesos y entornos de socialización. Es una mirada del caso con perspectiva de las micro y macro estructuras en las que se desenvuelve, en las que este se constituye y que influyen en su salud. La biografía del caso debe confluir con la historia clínica y de esta manera, develar los matices de la dolencia o enfermedad.

Tal vez tiene sentido correr el riesgo de afirmar la FM como una dolencia curable, a pesar de la incertidumbre de ello, sólo para predisponer a las personas a la sanación, para transformar su identidad patológica, desplazando la mirada ensimismada en las causas biológicas atormentada por la culpa de la enfermedad, hacia la comprensión del malestar del género, desplazando la culpa hacia donde corresponde, una estructura social desigual y violenta, y al entendimiento del propio padecer como una dolencia de vida, de género, de sociedad.

## CAPÍTULO 5

### Cuerpos que duelen: el género como dispositivo de poder

Cecilia Baeza-Correa  
Bárbara Acuña-Jujihara

#### 1. Introducción

Las estadísticas acerca de las personas que padecen fibromialgia son explícitas: Las mujeres son quienes presentan con mayor frecuencia indicadores vinculados a esta enfermedad. En este capítulo abrimos la reflexión respecto al por qué de estas cifras, ¿Qué alternativas tenemos de realizar una lectura comprensiva acerca de este dato? Buscamos explorar en esta línea, hilvanando un relato que superponga el dolor, los cuerpos sexuados y la cultura, como parte de una vivencia que se corporaliza a través de la fibromialgia y que, si bien no apela directamente a su causalidad, sí da cuenta de la relevancia de observar de manera comprensiva el fenómeno del dolor; incorporando categorías como la cultura, el género y las relaciones de poder.

La pregunta acerca de cómo el cuerpo se ve permeado por la cultura, es una interrogante recurrente dentro de los estudios culturales, principalmente de aquellos que realizan un acercamiento fenomenológico y comprensivo de la experiencia humana (Csordas, 1990; Sheper-Hughes & Lock, 1987; Lock, 1993; Reischer, 2004). Es desde ese paradigma donde nos situaremos, reconociendo que la cultura no es un todo homogéneo y que es posible identificar categorías que nos permiten distinguir las distintas “marcas” que van imbricándose en los cuerpos e incidiendo en la experiencia individual y colectiva, mediante el trazado producido por la intersección de constructos tales como son el género, la clase, la raza, entre otros (Crenshaw Williams, 1989). De este modo, en este artículo, nos focalizaremos en la manera en que el género va impregnando la vivencia, no sólo como una categoría diferenciadora, sino por sobre todo, como una categoría de poder.

El dolor es una experiencia subjetiva difícil de aprehender, principalmente cuando no es posible remitirla a algún tipo de causa fisiológica (Good, 2003). En estos contextos, cuando no es posible identificar una causa u origen que permita situar la funcionalidad del dolor —ya sea en tanto manifestación de un trauma, lesión, enfermedad u otro proceso corporal con visible base fisiológica—, la vivencia del dolor se instala como una percepción compleja, altamente simbólica, en el curso de vida de quien lo experimenta; en este proceso, el dolor es valorado y significado desde una perspectiva individual, que a su vez está impregnada

de significaciones, interpretaciones y explicaciones, mediatizadas por la cultura (Le Breton, 1999) siendo la experiencia del dolor diversa y contextualizada.

Los cuerpos que viven esta experiencia se diferencian en tanto la asignación de género que se les ha dado. En el caso de las mujeres, la experiencia del dolor ha estado presente desde sus primeras descripciones constitutivas, ejemplo de ello se puede observar en el caso de la literatura médica decimonónica (fines del siglo XIX hasta inicios del siglo XX), donde el dolor aparece como una característica inherente al “Ser biológico femenino” (Araya, 2006). Esta noción, levantada en los albores de la medicina científica, tiene un impacto no sólo en el campo disciplinar, sino que repercute también en la construcción de un imaginario colectivo donde el sufrimiento aparece como una condición natural de las mujeres. Esta y otras naturalizaciones acerca de qué es y/o debe ser una mujer (o un hombre), se sostienen en las instituciones que se levantan y validan al interior de la cultura, siendo finalmente la sexuación de los cuerpos una construcción ideológico-política, basada en debates políticos, sociales y morales, sostenidos por quienes detentan el poder en dichas instituciones, desde las que emanan los discursos predominantes sobre los cuerpos (Fausto-Sterling, 2006).

A continuación, profundizaremos en los vínculos latentes que existen entre las vivencias corporalizadas del género y el dolor y cómo ambas experiencias conllevan e instituyen relaciones de poder.

## **2. Corporalización de género: diferencias que materializan desigualdad**

Un concepto que resulta orientador al momento de indagar en estas diferencias, es la socialización, entendida como el proceso a partir del cual una persona ingresa a una cultura particular, mediante la comprensión racional de su lenguaje, prácticas, normativas, valores, costumbres, etc., como también la forma en que logra tener una comprensión profunda de dicha cultura, que no sólo atraviesa su cognición sino que también y por sobre todo, su modo complejo de estar, sentir y comprender el mundo que habita (Abrantes, 2013). Esta comprensión tiene una incidencia difícil de ser delimitada, dado que es justamente el cuerpo donde encuentra su anclaje. Es posible identificar en este proceso una socialización diferenciada por género, que da como resultado “hombres” y “mujeres”, que no sólo cuentan con identidades distintas, sino que también estilos cognitivos, valores, éticas, códigos morales, normas estereotipadas, entre otras diferencias, según la asignación que se ha definido (Bosch Fiol & Ferrer Pérez, 2013). La performance de género ocurre en aquel gesto reiterativo, reforzado desde la apariencia externa, pero por sobre todo encarnada en la autopercepción. El siguiente relato autobiográfico nos habla de eso:

En ocasiones, cuando iba a una fiesta de cumpleaños o reunión social, mi madre me ponía vestido y zapatos de charol (...) Entonces, ‘vestida de niña’, yo me sentía extraña, mi comportamiento cambiaba, actuaba tranquila, más callada, más “femenina” (Rebeca).

Es así como estas diferencias no sólo afectan la constitución normativa y sus límites, sino que también la complejidad interna que incluye aspectos tales como la autopercepción y la autoestima (O’Grady, 2004). Llegamos a ser mujeres a partir de un intrincado proceso —difícil de precisar en todos sus detalles— que se inicia al momento de nuestro nacimiento o incluso desde la vida intrauterina (cuando se conoce el sexo del futuro ser humano), a través de la llamada socialización anticipatoria que implica la proyección del rol social a partir, en este caso, de la asignación de género (Barnes, 2015). Es así como en el caso de las mujeres, la baja autoestima no es sólo un aspecto que responda únicamente a su particularidad individual, sino que se ha revelado como un aspecto vinculado a la socialización de género y que se vincula a un mayor reconocimiento de figuras de autoridad masculinas al interior de la sociedad y a la devaluación de los roles asociados tradicionalmente a lo femenino (Gilligan et al., 1990). Este rasgo, asociado a la noción de autoeficacia, se configura en la niñez y se materializa en la juventud y la edad adulta. Un ejemplo de esto se observa en la selección de carreras profesionales, donde la presencia masculina en carreras con una mayor valoración social —vinculadas principalmente a la ciencia y la tecnología— no sólo está basada en una elección personal, sino que se vincula directamente a sentimientos de autoeficacia más arraigados en los jóvenes varones que en sus pares mujeres (Zeldin & Pajares, 2000):

(...) no sabía que por haber nacido mujer se esperaba que jugara con muñecas, tacitas, lavadoras y planchas de juguete (...) no sabía que el fútbol y los autos eran para los hombres, así como también la ciencia, entonces ¿qué tenía que hacer yo con un microscopio? (Rebeca).

Lo anterior, no sólo se experimenta de manera cognitiva, sino que se va imbricando en los cuerpos de manera inconsciente, dando como resultado una experiencia subjetiva que difícilmente puede precisar qué ha sido aprendizaje y qué es natural o parte de la “esencia” en una persona y su vivencia, esto es lo que entendemos como corporalización.

La corporalización es un concepto que ha sido tomado de la concepción de “embodiment”, desarrollada por el antropólogo Thomas Csordas a fines del siglo pasado. El autor plantea este concepto en tanto paradigma, que busca entender y describir el proceso de “hacerse cuerpo” a través de las vivencias, entendiendo en este caso al cuerpo como un territorio existencial modelado por la cultura aprehendida a partir de la experiencia vital, como la posición desde la cual percibimos el mundo, y desde dónde se generan y unifican todas las prácticas

(Csordas, 1990). Csordas, considerando lo desarrollado en tanto *habitus* por Pierre Bourdieu y las nociones de percepción levantadas por Merleau-Ponty, instala la corporalización en una dimensión pre-objetiva de la existencia humana, el principio generador y unificador de todas las prácticas, que no opera desde lo sensible ni lo racional y donde se fracturan los aparentes dualismos asociados tanto a las prácticas (*habitus*) como a la percepción. La corporalización es la escena donde confluye la individualidad, la sociedad, la noción de objetos y sujetos, los sentidos, la consciencia, las sensaciones. En definitiva, el territorio donde se hace carne la cultura.

Desde la instalación del concepto de corporalización, y de la mano de los estudios del cuerpo en ciencias sociales, se han propuesto diversos acercamientos en torno a la relevancia que tiene la consideración del cuerpo más allá de su existencia fisiológica y las distintas dimensiones en las que puede ser analizada la experiencia humana (Le Breton, 1995; Citro, 2011).

En consideración a lo expuesto, podemos evidenciar que la manera en que se “es mujer” o se “es hombre”, inevitablemente recoge las conceptualizaciones que les definen y que se alojan en los cuerpos, naturalizando ciertas predisposiciones tal como si fuesen una realidad objetiva. Es decir, una realidad objetiva que se aloja y moldea los cuerpos, articulando lo que de este cuerpo se espera, en tanto hombre, en tanto mujer:

(...) un rasgo paterno que compartía con mis hermanos, era caminar con las puntas de los pies hacia los lados, (lo que era considerado como) un gesto masculino (...) Yo finalmente me acostumbré a caminar con los pies apuntando hacia adelante, lo que significó que ahora camino con las rodillas hacia dentro, un pequeño sacrificio ergonómico en favor de mi femineidad (Rebeca).

Esta realidad, supuestamente objetiva, se traduce en la construcción de estructuras e instituciones sociales que permiten perpetuarla y darle consistencia. Una de las instituciones que aborda de manera diferenciada los cuerpos de hombres y mujeres es la medicina occidental. Por ello, en el siguiente apartado revisaremos las bases ideológicas de la biomedicina en torno a la enfermedad y al cuerpo de las mujeres, evidenciando en estos orígenes una visión estereotipada y normativa respecto de ellas. Bajo este prisma, el lugar que ocupan las mujeres se encuentra estrechamente vinculado al dolor y al sufrimiento como destino. Esta revisión nos permitirá desentrañar ciertos estereotipos originados en la biomedicina que aún pesan sobre las mujeres.

### 3. La biomedicina como fuente de conocimiento autorizado

Tal como ha ocurrido en otras disciplinas, el desarrollo de la medicina científica no se gestó a partir de un progreso homogéneo de saberes, ni tampoco a partir de un desarrollo lineal de descubrimientos que se fueran añadiendo al cuerpo de conocimientos médicos. El actual estado de la biomedicina ha sido el resultado de diálogos, contradicciones, antagonismos, resignificaciones y asimilaciones de saberes diversos sobre el cuerpo y sus patologías que en conjunto han estado presentes en el largo proceso de construcción de esta disciplina (López, 2008). Para la biomedicina, la herencia del pensamiento cartesiano ha sido difícil de remover, privilegiando la generación de una visión de mundo que tiende al dualismo y a la fragmentación, lo que ha sido definido como modelo tecnocrático (Davis Floyd, 2001). Este modelo presenta al cuerpo como un organismo biológico que puede ser abordado y comprendido de manera independiente de la entidad que lo habita, una suerte de complejos mecanismos fisiológicos, una “máquina perfecta”. En este modelo, lo que ocurre en el cuerpo se resuelve en el cuerpo, la enfermedad es despersonalizada y el ser humano sólo es alcanzado de rebote por una alteración que sólo concierne al organismo y sus límites fisiológicos, dejando de lado al sujeto, su historia, su contexto social, su sentido del deseo, de la angustia, del dolor, de la muerte, quedando al desnudo un aparente mecanismo corporal vacío de sentidos, valores y significaciones (Le Breton, 1995). Es así como la medicina suele sanar enfermedades, marginando en este proceso a quien enferma y su trayectoria particular y a pesar de los avances generados —dentro y fuera de la medicina— en miras de incorporar una perspectiva integrada de la enfermedad, las prácticas médicas siguen despersonalizándola (Menéndez, 2003). Los estudios antropológicos y médicos enfocados a entender desde una perspectiva integrada al Ser que padece y su experiencia de la enfermedad, usualmente tienden a la fragmentación, situando la enfermedad en el cuerpo (fisiología) o en la mente (psicología) y estableciendo posibles incidencias del sistema social en su ocurrencia, pero rara vez va más allá de una lectura donde los límites entre cada ámbito están claramente establecidos (Sheper-Hughes & Lock, 1987).

Sumado a lo anterior, no sólo la fragmentación cuerpo-mente se ha instalado en las bases de la medicina científica, sino también una visión androcéntrica que desde su origen ha despreciado lo femenino y el supuesto vínculo privilegiado que tendrían las mujeres con la naturaleza, emociones y subjetividad, teniendo como contraparte a lo masculino, que remite a la ciencia, razón, objetividad y la verdad, sobre lo cual debiese construirse la ciencia médica (Sadler, 2020). Fueron estos hombres-médicos, quienes establecieron la idea del cuerpo-como-máquina teniendo al cuerpo masculino como prototipo ideal de esta máquina y considerando al cuerpo femenino como anormal, inherentemente defectuoso y peligrosamente bajo la influencia de la naturaleza (imprevisible e

incluso monstruosa) por lo que la manipulación constante se explica en sí misma como una práctica naturalizada (Davis-Floyd, 1993).

El dimorfismo imperante en los inicios de la medicina científica, que presentaba al cuerpo de hombres y mujeres como naturalezas distintas y opuestas en diversos sentidos —que tienen incluso eco hasta hoy—, fue utilizado como un argumento de peso para justificar las diferencias sociales entre hombres y mujeres. Las bases positivistas sostenidas en un método objetivo y aparentemente neutro, entregaban a los albores de la medicina un carácter de incuestionable veracidad, en torno a los saberes generados, posicionando al cuerpo femenino, como una suerte de hombre imperfecto, dominado por las influencias del útero, seres débiles, cambiantes y con enfermedades “propias de su sexo”, como la histeria (Martínez, 2008).

El hombre, bajo esta mirada, representaba el “cuerpo en sí”, mientras que en el caso de la mujer el estudio de su anatomía sólo fue realizado con precisión y detalle a sus órganos reproductivos (Fraisse, 1991). En lo concerniente al cuerpo de la mujer, tanto su vida moral, como intelectual y social estuvieron vinculadas al estudio del útero, los ovarios y sus funciones. Se insiste en los albores de la medicina académica en las diferencias de texturas que pueden observarse entre ambos sexos, observándose en la mujer blandura de la carne, debilidad de fibras musculares, ausencia de densidad tanto en los huesos como en la carne, extrema sensibilidad nerviosa y gran inestabilidad cerebral, a diferencia del hombre, donde los calificativos son cercanos a la dureza, fuerza y tenacidad (Fraisse, 1991, pág. 88).

Esta descripción respecto del cuerpo femenino y la valoración de ella en los ámbitos morales, intelectuales y sociales, dieron a la mujer, a la luz de la medicina naciente, un nuevo estatus: una propensión a la enfermedad. La vinculación que se le da al útero con el cerebro de las mujeres en los primeros escritos de la medicina académica tiene como efecto una profunda inestabilidad de carácter, que debe ser regulada bajo estrictas normas de “higiene” que la librarán de enfermedades tales como la histeria (Fraisse, 1991). Ello da cuenta de un complejo desorden emocional que aparece anclado en aspectos biológicos. Es así como a fines del siglo XIX, dentro de la jerga médica, se hablaba de mujeres con “aura histérica”. La histeria fue considerada una enfermedad muy común, principalmente en mujeres de sectores acomodados. Coincidentemente, son estas mujeres quienes empiezan a tener un mayor acceso a la formación intelectual y mayores posibilidades en el desarrollo de sus potencialidades, procesos de crecimiento en su mayoría trancos, debido a las obligaciones familiares generadas por el matrimonio. Por otra parte, en esta época la medicina consigna la distinción entre coito y ovulación, separando por lo tanto el placer de la reproducción, conocimiento que, en lugar de liberar la sexualidad femenina de la maternidad obligada, coincide con un recrudescimiento del control y el descrédito de las mujeres que viven una sexualidad más emancipada (López, 2008).

Junto a la ciencia médica, la construcción de “la naturaleza femenina” se realizó a partir de contribuciones religiosas, políticas, filosóficas y científicas, cuyo argumento central fue sustentar la desigualdad biológica de la mujer y su disposición natural a la sensibilidad, la maternidad y el sufrimiento (Araya, 2006).

Si observamos los avances que ha tenido la ciencia médica en términos de su eficacia en el cuidado y control de las enfermedades, resulta indiscutible que se han obtenido logros que han mejorado principalmente la sobrevivencia de las personas. Sin embargo, en el caso del control que se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres, a través de la medicalización de sus ciclos vitales (menstruación, embarazo, parto, puerperio, menopausia) nos da cuenta de la vigencia implícita de la noción de un cuerpo inherentemente defectuoso y peligrosamente bajo la influencia de la naturaleza (Davis Floyd, 1993) y donde la medicalización remite a un conjunto de prácticas, ideologías y saberes que más allá de su función curativa y preventiva, si no que derivan hacia funciones vinculadas al control (Sadler, 2020; Menéndez, 2003).

#### **4. Reflexiones finales: Género como dispositivo de poder**

En este último apartado revisaremos de qué manera se manifiesta la relación de poder inherente a la constitución del género y que en el caso de las mujeres se traduce en sometimiento, y cómo este reconocimiento puede aportar a la comprensión de la vivencia de la fibromialgia.

En el escenario descrito anteriormente se inscribe la reflexión en torno a cómo el género opera como un dispositivo de poder y control, que no sólo remite a una dimensión en particular, sino que forma una suerte de halo invisible que emerge y se consolida desde la constitución de cada persona a partir de la socialización corporalizada, y se sostiene a su vez en las instituciones que conforman la sociedad y cultura en su conjunto, incluyendo a la medicina (Pujal Llobart et al., 2015).

Uno de los preceptos que surge a partir de la socialización diferenciada, en el caso de las mujeres (Bosch, 2013), tienen como centralidad la búsqueda de aprobación, aceptación y valoración externa, tanto en el ámbito íntimo —amor fraternal y romántico— como en el social (Illouz, 2012) dando lugar a mandatos normativos referidos al control del cuerpo, las emociones, vínculos relacionales y rol social, que implican una predisposición al disciplinamiento y permanente auto exigencia, que en ciertos contextos pueden favorecer sentimientos de fracaso e inadecuación y generar finalmente malestar y tendencias depresivas (Pujal i Llobart et al., 2020).

En el ámbito social, los patrones de valoración dominantes son androcéntricos, lo masculino es aquello que se sitúa en el lado de la fuerza y el dominio, tensionando de esta manera la valía de las mujeres, en tanto fragilizadas y sujetas

a sometimiento. Se observa con sospecha su desempeño en el ámbito público, intensificando de esta manera el autocontrol y la autovigilancia, generando así inseguridad o un sentido disminuido de su valor (O'Grady 2004). Esta relación jerárquica basada en las diferencias agenciadas a partir de los mandatos emanados de la socialización corporalizada de género, da lugar a un malestar asociado a un “déficit de reconocimiento” (Pujal i Llombart et al., 2020; Honneth, 2010) que repercute directa y negativamente en las normas sociales, el discurso y las relaciones interpersonales. Es así como los mandatos de género son normas reguladoras de la vivencia subjetiva e intersubjetiva, teniendo como consecuencia la reiteración de situaciones en las cuales: se concede menos autoridad y credibilidad a las mujeres, son más juzgadas, se utilizan dobles estándares, se subordina la valoración al cumplimiento de algunos mandatos estereotipados —como los referidos a la belleza o al éxito amoroso— y, a veces, contradictorios con otras demandas (Pujal i Llombart et al., 2020, pág. 10).

El malestar de las mujeres, desde esta posición de devaluación y desigualdad, se inscribe como una manifestación de la relación de poder implícita en la construcción de las normas de género y del género en sí. En este contexto la fibromialgia, padecimiento que según indicamos al inicio afecta principalmente a las mujeres, pudiese reflejar cierta permanencia de estos sesgos en la biomedicina, en tanto la predisposición inicial a no reconocer la seriedad respecto de la manifestación de la dolencia de las mujeres (Pujal i Llombart & Amigot, 2010), devaluando incluso la posibilidad de ser consignada en el marco de la enfermedad, siendo recién reconocida como tal en el año 1990, aun cuando existen antecedentes médicos que datan de fines del siglo XIX respecto de este padecimiento (Gúzman-Silahua, y otros, 2018).

El lograr reconocer y visibilizar la incidencia del género como dispositivo de poder y cómo este aporta al malestar de las mujeres asociado a su posición de sometimiento, si bien no pretende dar cuenta en términos causales de cómo la fibromialgia se instala en los cuerpos, nos entrega pistas de cómo abordar la vivencia de este padecimiento, en el entendido que esta experiencia acontece en este territorio de la cultura que es el cuerpo, comprendiendo que no es posible separar todo aquello que allí confluye.

## CAPÍTULO 6

### Bases biológicas de la fibromialgia y la percepción de dolor

Luis Constandil Córdova  
Alejandro Hernández Kunstmann

Al momento de pensar en fibromialgia, lo primero que asoma a nuestra mente es la pregunta, ¿es una afección (patología) real o es sólo una ilusión de nuestra mente? Esta pregunta, que parece muy básica, es difícil de responder rápidamente, principalmente porque existe evidencia que sustenta ambas posibilidades. Este capítulo tiene como objetivo entregar evidencia científica reciente sobre las bases biológicas de la FM. En los últimos 20 años hemos participado en diversas iniciativas para estudiar las bases biológicas asociadas a diferentes tipos de dolores crónicos, y sin ir más lejos, uno de los autores es un paciente con FM; por lo tanto, les podemos asegurar que aún sin considerar la causa por la cual se presente el cuadro de dolor en la FM, este dolor existe y transforma nuestras vidas en un calvario silencioso.

La creencia que la FM es una ilusión producida por nuestra psique y, por lo tanto, sin un sustento biológico, proviene en gran medida desde evidencia circunstancial. Una de las más relevante es que no existe un examen clínico o uno bioquímico consensuado para identificar fehacientemente las personas que sufren FM (Galvez-Sánchez y Del Paso, 2020). Por otro lado, esta creencia se sustenta en que muchas veces las crisis de FM se asocian a periodos de estrés importantes en el paciente. Los analgésicos clásicos no disminuyen el dolor en pacientes con FM, pero si los antidepresivos, ansiolíticos y antiepilépticos cuando son administrados por largo tiempo. Finalmente, la presentación clínica de la FM varía mucho entre pacientes, lo cual ha dificultado su estudio. En conjunto, todos estos antecedentes ayudan a comprender por qué especialistas y no especialistas tienden a creer que la FM es producto de nuestra psique y que no existe un sustrato biológico.

Para entender las bases biológicas de la FM a la luz de la evidencia actual, en este capítulo explicaremos cómo nuestro cuerpo percibe un estímulo doloroso, mencionaremos cómo algunos dolores se vuelven crónicos, comentaremos la teoría más aceptada detrás de la causa de la FM y entregaremos la evidencia científica que la sustenta. Para esto, sin duda, necesitaremos adentrarnos en conceptos biológicos complejos, pero se expondrá de manera tal que sea comprendida por el público general no especialista.

## 1. Percepción del dolor

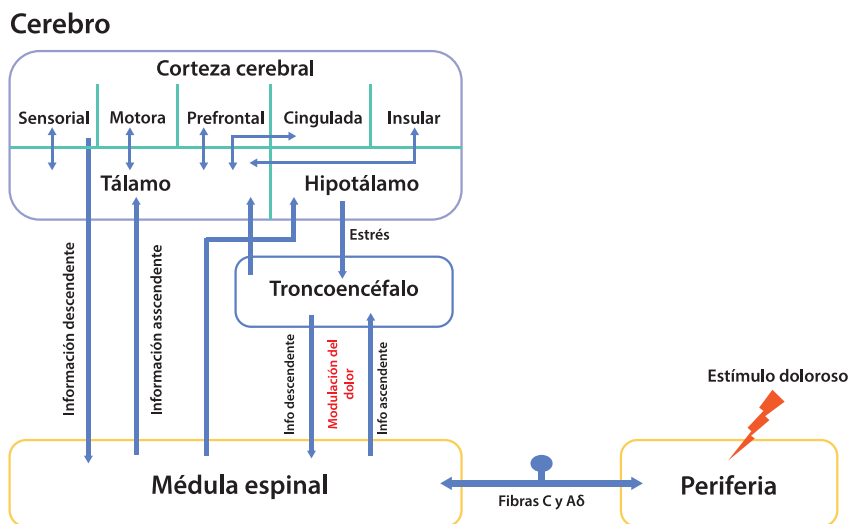
Antes de entender los mecanismos involucrados en la percepción del dolor, debemos tener en consideración que el dolor tiene una función fisiológica específica: alertarnos para evitar o minimizar peligros presentes en el medio ambiente que pudiesen dañar o lesionar la integridad de nuestro cuerpo. La percepción del dolor es tan necesaria para la mantención de la vida que prácticamente todos los seres vivos multicelulares tienen algún mecanismo para alertar de daños en sus tejidos.

En la historia de la humanidad el dolor ha tenido muchas definiciones, sin embargo, la definición más aceptada y que unifica tanto los tipos de dolor como los conocimientos que existen hasta el momento, fue propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, del inglés International Association for the Study of Pain) que definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño tisular real o potencial de los tejidos o descrito en términos de dicho daño” (Merskey y Bogduk, 1994).

Para comprender cómo se percibe un dolor o un estímulo doloroso, debemos conocer cómo funciona nuestro cuerpo. Frente a una lesión, daño corporal o estímulo doloroso (también conocido como estímulo nocivo o nociceptivo), nuestro sistema de protección se activa generando la percepción de dolor, localiza el sitio de la lesión o estímulo, y de acuerdo con la intensidad del estímulo, gradúa la respuesta conductual y emocional que se genera en nosotros. La percepción de un estímulo doloroso se inicia cuando un receptor de membrana (proteína especializada) transforma un estímulo físico nocivo en una señal biológica/eléctrica o **potencial de acción**, proceso conocido como transducción sensorial. Posteriormente, los potenciales de acción que llevan la **información nociceptiva** son conducidos hacia la médula espinal a través de fibras nerviosas de mediano y pequeño calibre (fibras A $\delta$  mielinizadas y fibras C amielínicas) (D’Mello y Dickenson, 2008). En la médula espinal la información nociceptiva es transferida desde la **neurona sensorial primaria** (aquella que capta y conduce la información dolorosa a la médula espinal) hacia una segunda neurona, conocida como **neurona de proyección**, a través de un proceso conocido como **sinapsis** (proceso de comunicación entre dos neuronas, donde la neurona presináptica libera mensajeros denominados neurotransmisores, que son captados por receptores ubicados en la neurona postsináptica, generándose un nuevo potencial de acción). La neurona de proyección conduce la información nociceptiva hacia los centros nerviosos superiores, como el troncoencefalo, el tálamo y la corteza cerebral, utilizando diferentes vías. Existe una vía directa al tálamo denominada tracto espinotalámico, y otras indirectas llamadas tracto espinoreticulotalámico y tracto espinohipotálamico, dependiendo si la información realiza relevos o sinapsis en la formación reticular o en el núcleo parabraquial del tronco encefálico (Todd, 2002). Finalmente, después de una nueva sinapsis en el tálamo, una tercera neurona envía la información nociceptiva a múltiples

regiones de la corteza cerebral, donde es procesada e interpretada. Entre las cortezas cerebrales que reciben información nociceptiva se encuentran: la corteza somatosensorial primaria y secundaria (donde se identifica el lugar de la lesión y la intensidad), la corteza cingulada anterior (donde se asocia con emociones y motivaciones), la corteza prefrontal (donde se valora la información conscientemente, se planifica y se toman decisiones, por ejemplo, la evitación del estímulo doloroso), la corteza insular (donde se genera la sensación desagradable o aversiva), así como también algunas regiones del hipotálamo (dando lugar a efectos neurovegetativos o viscerales) y de la amígdala (donde el dolor se asocia a emociones negativas, como miedo, ansiedad y depresión). En otras palabras, se alerta al cerebro sobre la potencial amenaza, y éste genera los patrones conductuales y fisiológicos para evitarla (Todd, 2002). Un esquema que muestra las principales regiones del sistema nervioso que participan del dolor, así como la interacción de estas regiones, se muestra en la figura 1.

Figura 1  
Representación esquemática y simplificada de las regiones del sistema nervioso que participan en la percepción del dolor y sus conexiones



Adicionalmente a las neuronas de proyección ascendentes, existen vías descendentes inhibitorias y estimuladoras, que viajan desde el cerebro y el troncoencefalo hasta alcanzar el asta dorsal de la médula espinal, donde modifican la entrada o ingreso de la información nociceptiva a nivel de la sinapsis espinal, mediante neurotransmisores que incluyen opioides endógenos, serotonina y

norepinefrina, que inhiben directamente las neuronas de proyección o indirectamente a través de la activación de neuronas inhibitorias (Cheng, 2010; Kwon et al., 2014). Entre los controles inhibitorios descendentes, podemos mencionar uno en específico que da cuenta de la expresión “un dolor inhibe otro dolor” y cuyas bases neurofisiológicas se explican por un sistema de regulación endógena del dolor que se conoce con las siglas “DNIC” (del inglés, Diffuse Noxious Inhibitory Controls). Este tipo de regulación endógena del dolor se ha utilizado desde tiempos antiguos para realizar procedimientos dolorosos en animales de granja como la castración o el marcado de animales. El DNIC implica que un estímulo doloroso puede bloquear otro estímulo doloroso de menor intensidad, percibiendo finalmente solo uno. En humanos, el DNIC se conoce como modulación de dolor condicionado (CPM, del inglés, conditioned pain modulation) y en pacientes con FM se encuentra disminuido. Respecto al DNIC o CPM podemos mencionar que las neuronas que lo comandan se ubican en el troncoencéfalo, específicamente en una región que se conoce como subnúcleo reticular dorsal (SDR) y que su comunicación con la médula espinal depende de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina (Villanueva et al., 1996; Bannister and Dickenson, 2017). Claramente es necesario un estudio más profundo de su participación en la FM.

Finalmente, la conducción de la información dolorosa, desde el sitio de la lesión hasta la corteza cerebral, es conocida como la vía nociceptiva. La activación de esta vía es dependiente de la lesión inicial, y una vez que el daño ha sido reparado, el dolor desaparece. A este tipo de dolor pasajero, agudo y bien localizado, se le conoce como dolor agudo (Lundeberg y Ekholm, 2002), y tiene un rol protector bien definido.

## **2. Dolor crónico: ¿por qué algunos dolores se vuelven crónicos?**

En ocasiones, puede ocurrir que la sensación de dolor persista incluso después que la lesión que lo originó ha sido reparada, o bien ocurrir que la sensación de dolor aparece y se mantiene sin una lesión aparente (por ejemplo, migraña, FM). En estos casos el dolor se denomina dolor crónico y es considerado una patología, perdiendo totalmente su función fisiológica protectora. En los humanos, se considera que un dolor es crónico cuando persiste al menos tres meses (Treede et al., 2019). El dolor crónico se puede clasificar dependiendo del tipo de lesión que lo causa: si es generado por una inflamación crónica en el tejido periférico se conoce como dolor de tipo inflamatorio, pero si el dolor es producto de una lesión directamente en el sistema nervioso, se conoce como dolor neuropático. La FM ha sido clasificada en varias categorías de dolor crónico, pero hoy, como ya ha sido mencionado en capítulos anteriores, es un miembro importante de una clase de trastornos denominados Síndromes de Sensibilidad Central (Arnold et al., 2011).

Adicionalmente a lo mencionado, los dolores crónicos se caracterizan por: que permanecen en el tiempo, son insensibles a analgésicos que son eficaces en dolores agudos y generan hipersensibilidad. Dicha hipersensibilidad hace referencia al hecho que estímulos dolorosos pueden llegar a producir una intensidad de dolor muy elevada (hiperalgesia), y/o que estímulos táctiles, que normalmente no causan dolor, ahora sí lo producen (alodinia), y/o que muchos dolores crónicos se perciben incluso en ausencia de estímulo.

Durante la instauración del dolor crónico se ha observado que el tejido nervioso, tanto periférico como central, presenta múltiples cambios o alteraciones que mantienen el dolor crónico en el tiempo y aumentan la sensibilidad a los estímulos. En su conjunto este fenómeno es conocido como sensibilización central y se caracteriza por modificaciones neuronales a nivel molecular, alteraciones en la sinapsis y cambios en los patrones de las redes neurales cuya consecuencia final es amplificar la señal nociceptiva potenciando su percepción (Havelin et al., 2017). A nivel molecular, se han descrito diversas alteraciones que afectan la comunicación de la información nociceptiva, como por ejemplo: aumento en la secreción de neurotransmisores, fosforilación incrementada de receptores, cambio en el número de receptores presente en la membrana plasmática, alteraciones en la conformación de subunidades de receptores, modificación en la estructura de los canales iónicos encargados de conducir la información nociceptiva desde la periferia hacia la médula espinal, entre otras. Estos cambios, más el incremento en la frecuencia de potenciales de acción, generan en la médula espinal liberación de nuevos neurotransmisores como BDNF y ATP, que intensifican las señales en las neuronas postsinápticas generando el fenómeno conocido como LTP (potenciación de largo plazo), así como también estimulan la activación de las células de la glía, respectivamente (Cao y Zhang, 2008). Estas dos causas son las responsables, en gran medida, de potenciar los estímulos nociceptivos a nivel espinal y mantenerlos en el tiempo. Otro mecanismo involucrado en el incremento en la sensibilidad del sistema nociceptivo durante el dolor crónico se relaciona con alteraciones presentes en los controles descendentes.

En resumen, los dolores crónicos se producen por modificaciones complejas y a diferente nivel de la vía nociceptiva, dando lugar a que las señales dolorosas sean percibidas más intensamente y por un tiempo más prolongado. En pacientes con FM se han identificado diversas alteraciones que han sido ampliamente caracterizadas en varios tipos de dolor crónico, como la activación de células gliales, modificación en la actividad de los controles descendentes inhibitorios y el desbalance en el eje que secreta cortisol.

### 3. Generación de la FM: una hipótesis

Desde el punto de vista clínico, la FM se relaciona con la aparición de dolor musculoesquelético sordo (insidioso y difuso), de difícil localización, y que se intensifica en estado de reposo. Dentro de su peculiaridad se han identificado diferentes puntos de presión que, al ser estimulados, generan dolor. Los puntos de presión en algún momento fueron utilizados como criterio diagnóstico, pero la diversidad en número y localización entre los pacientes ha hecho replantearse dicho criterio. Diversos estudios se han centrado en la localización de alteraciones en las fibras musculares en pacientes con FM; sin embargo, se han encontrado limitadas diferencias con respecto a sujetos controles (Simms, 1998), y por lo tanto, no se abordará dicho punto en la presente revisión (a los lectores interesados en mayor información al respecto, se les sugiere revisar a Favero et al., 2019). Por otro lado, y también en la periferia, se ha identificado que pacientes con FM presentan una disminución en la funcionalidad de fibras nerviosas pequeñas (fibras sensoriales A $\delta$  y C) en pruebas sensoriales cuantitativas, en comparación con sujetos controles. Adicionalmente, se observó una reducción en la inervación cutánea de fibras nerviosas pequeñas en biopsias de piel de pacientes con FM, sugiriendo que algunas alteraciones de fibras nerviosas pequeñas podrían dar cuenta en parte de la patología de la FM (Uceyler et al. 2013; Martínez-Lavín, 2018). Sin embargo, debido a que las alteraciones en las fibras pequeñas han sido descritas solo en el 50% de los pacientes con FM es que ha disminuido su relevancia como posible causa de la FM. Además, no debemos olvidar que, en diversos casos, el dolor en la FM es de aparición repentina, es capaz de expandirse a otros territorios corporales rápidamente, tanto en el mismo lado del cuerpo como al lado contrario, y aumenta su intensidad en estado reposo o calma, todo lo cual sugiere fuertemente que su origen está más asociado a disfunción de mecanismos centrales de control del dolor que a una causa periférica.

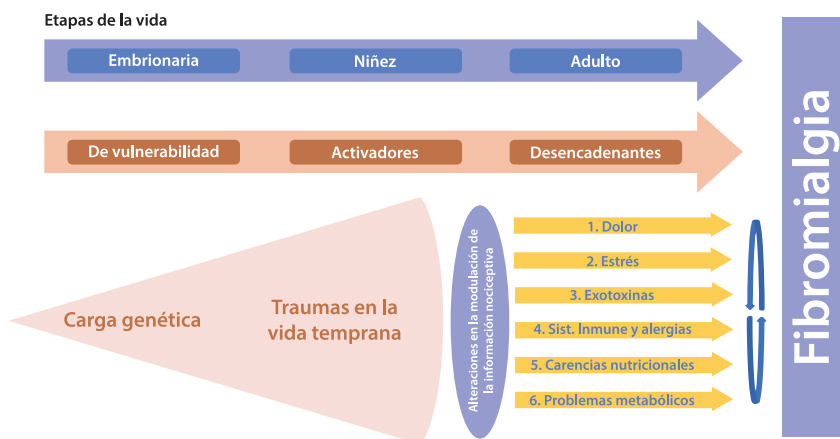
A pesar de la diversidad de estudios tanto a nivel preclínico como clínico sobre la FM, aún resta mucho por comprender de esta enfermedad. La principal razón por la cual conocemos poco sobre la FM es la gran diversidad de resultados reportados, y lo difícil que ha sido implementar un modelo de FM en animales de investigación. La diversidad de resultados se puede deber a que no existe claramente un solo tipo de FM, sino que podrían ser entidades diferentes con orígenes y comportamientos distintos. Un ejemplo que evidencia este punto es que en ocasiones la FM se asocia al síndrome de fatiga crónica, pero también es posible identificar pacientes con FM o fatiga crónica en forma independiente, sugiriendo que podrían ser generadas por alteraciones biológicas diferentes y por lo tanto podrían responder a tratamientos diferentes (Rehm, et al., 2010; Segura-Jiménez et al., 2010; Vincent et al., 2014).

Durante la evolución del estudio de la FM han surgido diversas teorías independientes para explicar el origen y fundamentos de esta patología.

Actualmente, se construye un modelo unificado que involucra a varias de estas teorías y que está siendo ampliamente aceptado en la comunidad científica. El modelo sugiere tres etapas en la generación de la FM, que se ubican a lo largo de toda la vida. Inicialmente, comienza en etapas tempranas del desarrollo, donde los factores genéticos son muy relevantes, ya que se ha demostrado que existe una transmisión hereditaria de la enfermedad y que esta enfermedad se relaciona mayormente al sexo femenino. La segunda etapa, ocurre en fase temprana del desarrollo (durante la niñez), y en esta se generan factores activadores que se relacionan con traumas o estrés de la vida temprana. Finalmente, para que la FM se gatille en el adulto, deben aparecer factores desencadenantes entre los cuales podemos encontrar: 1) dolores intensos o sostenidos en el tiempo, 2) estrés, 3) excitotoxinas, 4) factores inmunológicos y alergias subclínicas, 5) carencias nutricionales, y/o 6) problemas metabólicos.

Figura 2

Representación esquemática de una teoría conjunta de la presentación de FM y que da cuenta de fenómenos que ocurren en diferentes etapas de nuestra vida.



### 3.1. Etapa 1: Factores de vulnerabilidad o predisposición genética

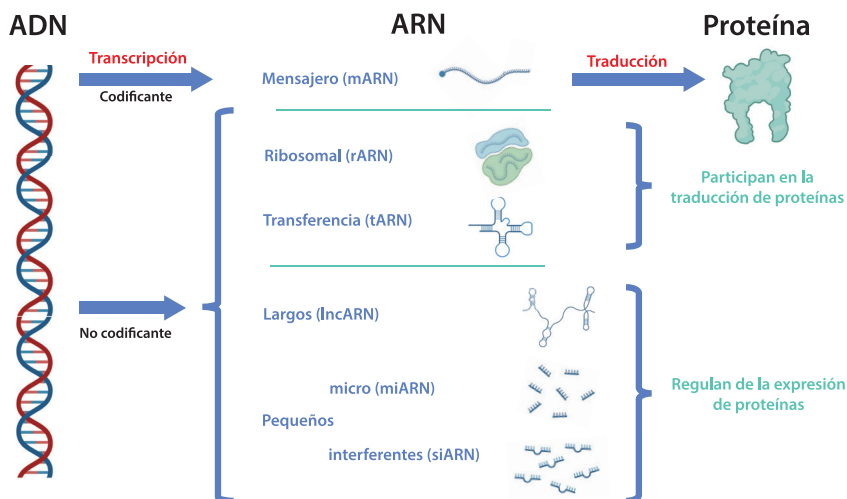
Los factores de vulnerabilidad se relacionan principalmente con la predisposición genética (carga genética) de los individuos a sufrir la enfermedad. La sensibilidad al dolor es poligénica, es decir depende de varios genes y la sensibilidad diferencial del dolor entre individuos puede ser el resultado del desequilibrio de diversos genes involucrados con neurotransmisores, receptores y/o enzimas

intracelulares implicados en la transmisión del dolor (información nociceptiva), lo cual daría cuenta del motivo por el cual un analgésico no funciona igualmente en todos los tipos de dolor, ni de pacientes. En el caso de pacientes con FM, es conocido que los familiares cercanos también la presentan en algún grado, o al menos antecedentes de algún tipo de dolor crónico. Estudios estadísticos indican que los familiares de primer grado de pacientes con FM tienen más probabilidades de tenerla, junto con otros estados de dolor crónico. Por otro lado, los estudios con gemelos sugieren que aproximadamente el 50% del riesgo de desarrollar FM y afecciones relacionadas es genético, y el otro 50% es debido a interacción ambiental (Markkula et al., 2009).

Hasta ahora no se ha podido validar marcadores genéticos asociados con FM, debido a la poligenética involucrada en la percepción al dolor, así como la diversidad de la interacción ambiental. Sin embargo, se han propuesto varios candidatos separados en genes propiamente tal, alteraciones epigenéticas, y modificaciones en los ARN no codificantes del tipo microARN (D'Agnelli et al., 2019).

Genes asociados a la FM: Antes de comenzar este tema explicaremos algunos conceptos. Nuestro material genético o los genes se encuentran codificados en fragmentos de ADN (ácido desoxirribonucleico) que se ubica en el núcleo de las células. Normalmente, estos genes se copian en una molécula similar conocida como ARN (ácido ribonucleico), con el cual se construyen (sintetizan) las proteínas. Tanto los genes en el ADN como su copia de ARN almacenan (codifican) su información en secuencias específicas de 4 tipos de bases nitrogenadas. Actualmente hemos aprendido que no todas las moléculas de ARN se utilizan para sintetizar proteínas, sino que algunas son utilizadas para regular el proceso de síntesis. Este tipo de moléculas se clasifican como ARN no codificantes. Para una mayor comprensión del tema ver D'Agnelli et al., 2019 y la figura 3.

Figura 3  
Representación esquemática de la síntesis de la proteína y  
de algunos tipos ARN más estudiados en la FM



No ha sido fácil identificar variaciones puntuales en genes (variaciones de polimorfismos de un solo nucleótido) en pacientes con FM, y muchos genes candidatos no han podido mostrar ninguna asociación significativa. Un trabajo de Jones y colaboradores en el año 2016 identificó 421 genes que son expresados diferencialmente en pacientes con FM. Entre estos genes se observó un incremento en la expresión de genes relacionados con citoquinas inflamatorias IL10, IL25 e IL36A, así como en genes que codifican para moléculas transportadoras de solutos como SLC1A5 y SLC25A22, y que codifican para transportadores de glutamato en el Sistema Nervioso Central. Adicionalmente, el gen del receptor metabotrópico de glutamato (GRM6) también se encontró sobreexpresado en sujetos con FM (Jones et al., 2016). Otros genes asociados a la FM son SLC6A4 (gen que codifica para un transportador de serotonina), TRPV2 (gen que codifica para el receptor vainilloide de potencial transitorio tipo 2), MYT1L (una variante del gen para catecol-O-metiltransferasa, COMT) y NRXN3 (gen que codifica para Neuroexin 3, una familia de moléculas de adhesión celular) (D'Agneili et al., 2019).

**3.1.1. Epigenética (metilaciones):** La interacción entre el ambiente y nuestros genes deja alteraciones o marcas en estos últimos, que inducen la modificación de su expresión, lo que se conoce como epigenética. Existen varias marcas que deja el ambiente en nuestros genes, siendo las más estudiadas las metilaciones o adición de un grupo metilo (CH<sub>3</sub>) al ADN, generalmente a una base de citosina situada junto a una base de guanina. En pacientes con FM se ha descrito

un patrón de ADN hipometilado en genes implicados en la respuesta al estrés, en la reparación del ADN, en la respuesta del sistema autónomo y en anomalías neuronales subcorticales (D'Agnelli et al., 2019).

En un estudio dirigido a evaluar específicamente modificaciones en el neurotransmisor BDNF, se encontró que, en 28 pacientes con FM, asociado a síndrome de fatiga crónica, la concentración de BDNF en la sangre fue mayor, mientras que la metilación en el exón IX del gen de BDNF estaba disminuida. Estos datos sugieren que el BDNF puede ser un eslabón importante en la fisiopatología de la FM (Polli et al., 2020).

**3.1.2. ARN no codificante (micro ARN):** Los ARNs no codificantes son segmentos de ARN que no se utilizan para sintetizar proteínas y que cumplen funciones en la regulación de la expresión de genes y proteínas. Entre los ARN no codificante se encuentran los ARN no codificante largos y los ARN no codificante pequeños. Dentro de los pequeños existen los ARN no codificante interferentes (siARN) y los micro ARN no codificante (miARN). Los miARN presentan largos de 20 a 22 nucleótidos y estimulan o inhiben la expresión de genes específicos. En pacientes con FM se encontraron diferencias en el perfil de expresión de miARN entre múltiples tejidos. Estos estudios muestran una disminución del perfil de miARN en la sangre periférica, suero y líquido cefalorraquídeo (D'Agnelli et al., 2019). Incluso un trabajo de Cérda-Olmedo en 2015, propone utilizar la disminución en sangre de 5 tipos de miRNA (hsa-miR223-3p, hsa-miR451a, hsa-miR338-3p, hsa-miR143-3p y hsa-miR145-5p) como biomarcadores de FM (Cérda-Olmedo et al., 2015).

Sin embargo, se requiere la validación en un mayor número de pacientes para que los resultados puedan ser transferidos a la clínica. Además, debemos tener en cuenta que la FM engloba una colección heterogénea de fenotipos, y que muchos pacientes adicionalmente tienen diagnósticos asociados de osteoartritis, depresión, obesidad, intestino irritable, vejiga hiperactiva, y síndrome de piernas inquietas, lo cual complica los estudios de expresión génica y/o identificación de mutaciones relacionadas únicamente con la FM (Jones et al., 2016).

### 3.2. Etapa 2: Factores activadores

El estrés, los traumas o el abuso durante los primeros años de vida, son factores que predisponen fuertemente el desarrollo de síndromes de dolor crónico centralizado, como la FM en la vida adulta, sobre todo si el paciente ya cuenta con antecedentes genéticos que lo inclinan a desarrollar la enfermedad. Esto ha sido investigado en estudios de meta-análisis en pacientes, y también ha sido recreado en modelos experimentales.

Una revisión de casos, utilizando meta-análisis, reveló que los individuos que reportan abuso o negligencia en la infancia presentan una mayor

sintomatología asociada a cuadros de dolor crónico en comparación con los que no están expuestos a un trauma. Al mismo tiempo, dicho estudio muestra que los pacientes con dolor crónico son más propensos a reportar el sufrimiento de algún trauma importante durante la infancia (Davis, et al., 2015). Por otro lado, estudios en infantes prematuros mantenidos en una Unidad de Cuidados Intensivos, mostraron que estos presentan hipersensibilidad cuando son sometidos a un estímulo nociceptivo durante la adolescencia (Buskila et al., 2003). Un efecto similar se observó cuando el estudio se realizó en adolescentes que sufrieron quemaduras entre los 6 y 18 meses. Asimismo, en pacientes con FM se observó que los nacidos en forma prematura presentan un mayor número de puntos gatillo (Anand et al., 2000).

Un estudio realizado en jóvenes de 26 años mostró que la prevalencia de dolor crónico, medido por un cuestionario (cualitativo), fue de 16% en el grupo de nacidos prematuros con muy bajo peso al nacer ( $\leq 1,500$  g), de 21% en el grupo de término pequeños para la edad gestacional (<percentil 10) y solo de 7% en el grupo de control (Iversen et al., 2017). Sin embargo, cuando el mismo grupo de investigadores estudió la sensibilidad térmica y al dolor en adultos jóvenes nacidos prematuros con muy bajo peso al nacer, o pequeños para la edad gestacional a término, no mostró relación entre los resultados de las pruebas sensoriales cuantitativas y su condición de nacimiento. Estos datos claramente complican la interpretación de hallazgos previos relacionados a la percepción sensorial alterada en adolescentes nacidos prematuros (Iversen et al., 2018).

Los datos obtenidos de estudios preclínicos (en animales de experimentación) indican que el estrés postnatal modifica al organismo y lo predispone al desarrollo de dolor muscular (hipersensibilidad). En efecto, basta con disminuir la cantidad de material con que la madre construye su nido, o separar a los recién nacidos de la madre un par de horas por siete días consecutivos, para inducir hipersensibilidad a la presión muscular durante su vida adulta. Incluso se ha mostrado que, la exposición a situaciones de estrés en la etapa adulta empeora esta hipersensibilidad, la cual está mediada por noradrenalina y citoquinas. Además, el efecto sensibilizador del estrés postnatal parece afectar más a ratas hembra que a ratas macho (Green et al., 2011; Alvarez et al., 2013). Otra forma de estrés postnatal, la privación materna (separación del recién nacido de la madre por un par de horas en días consecutivos), también resulta en una hiperalgesia al calor y a la presión en ratas adultas, principalmente hembras. Por otro lado, un estudio realizado en ratas adultas sometidas a estrés postnatal mostró que cuando son sometidas a una neuropatía, las ratas hembra responden al dolor más intensamente que las ratas macho (Burke et al., 2013). Probablemente las ratas hembra son más susceptibles a los efectos sensibilizadores del estrés postnatal sobre el procesamiento nociceptivo y/o las ratas macho necesiten un estímulo estresante más poderoso para generar la sensibilización. Se recomienda la revisión de Williams y Lascelles (Williams y Lascelles, 2020) a aquellos

interesados en este tema y en los mecanismos neurobiológicos implicados en la hipersensibilidad asociada a la injuria postnatal.

En resumen, podemos afirmar que la adversidad o abuso en la vida temprana altera el procesamiento del dolor y desarrolla una mayor sensibilidad fisiológica a los estímulos nocivos, así como una tendencia a interpretar los estímulos en forma negativa, exagerar el impacto de los estímulos aversivos y socavar su capacidad para hacer frente al estresor, lo que en la vida adulta se traduce en un mayor riesgo de desarrollar un cuadro de dolor crónico de tipo central como FM (Pierce et al., 2020).

### 3.3. Etapa 3: Factores desencadenantes

Los factores desencadenantes son estímulos que se ha visto que pueden iniciar o desencadenar un cuadro sintomático en pacientes con FM. Entre estos, podemos mencionar los estímulos dolorosos intensos, el estrés, las alergias y toxinas, activación del sistema inmune, carencias nutricionales y problemas metabólicos. Una característica de estos factores desencadenantes es que todos son estímulos que lesionan nuestro cuerpo, que alteran nuestro balance homeostático y que muchos de ellos presentan actividad cruzada, por ejemplo, la activación del sistema inmune por una infección viral puede causar un cuadro de dolor intenso y en conjunto ambos generan estrés en el paciente, el cual termina desencadenando una crisis o brote de FM. Lógicamente, la activación cruzada de los factores desencadenantes potencia aún más su efecto final. Los factores desencadenantes mencionados son los más conocidos, pero sin duda con el tiempo pueden ir apareciendo otros. Es importante mencionar que pacientes que ya presentan FM deben evitar todos estos factores desencadenantes.

**3.3.1. Dolor:** Debido a que los pacientes ya cuentan con los factores antes mencionados, como de predisposición genética y los activadores, implica que ellos ya tienen una susceptibilidad a la activación del sistema doloroso o nociceptivo, por lo tanto, cualquier estímulo doloroso, que sea de alta intensidad o algún estímulo doloroso que perdure en el tiempo, puede desencadenar un nuevo ciclo de amplificación de la sensación dolorosa generando una sensibilización central y así comenzar una nueva crisis de FM o incluso la aparición por primera vez.

**3.3.2. Estrés:** Los factores estresantes son uno de los factores más estudiados para desencadenar la FM, ellos incluyen: estrés fisiológico, estrés emocional, dolor agudo, infecciones virales, estrés postraumático (por ejemplo, accidentes de tránsito), abusos. Otros factores estresantes de riesgo para el desarrollo de la FM, pero que potencialmente son modificables, incluyen: la falta de sueño, obesidad, inactividad física y la insatisfacción con la vida (insatisfacción familiar y/o laboral), depresión.

Existe abundante evidencia sobre la relación entre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), relacionado con el estrés y los pacientes con FM y otros síndromes de dolor central. Recordando rápidamente; el eje HHA se caracteriza porque la hormona liberadora de corticotrofina (CRH) producida por el hipotálamo, estimula la liberación de la hormona adrenocorticotrofina (ACTH) desde la hipófisis, la que estimula la liberación de glucocorticoides como el cortisol desde la corteza de la glándula adrenal. Es conocido que los estímulos estresantes estimulan la liberación de cortisol y que, por lo tanto, los niveles plasmáticos o de saliva de cortisol son utilizados como marcadores de estrés.

Junto con la observación que pacientes con síndromes de dolor central, como FM, presentan niveles de cortisol plasmático normales a bajos, (Tak et al., 2011; Kadetoff y Kosek, 2010), se encontró que los estímulos estresantes inducen menor liberación de cortisol en pacientes con FM respecto a los controles normales (Coppens et al., 2017). La explicación de estos resultados, opuestos a los esperados, es que, a diferencia del estrés agudo, es el estrés crónico quien altera el eje HHA disminuyendo su sensibilidad a los estímulos estresantes. Además, se han descrito efectos alternativos del estrés crónico como es; la disminución de la neurogénesis, la disminución de la síntesis de factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), el aumento de la excitotoxicidad generada por glutamato debido a una pérdida de las células de la glía y una neurotoxicidad debido a la hipercortisolemia (Luine et al., 2007). Importante es notar que los efectos del estrés crónico difieren dependiendo de la edad y sexo de los individuos, lo cual también aporta a las diferencias observadas entre la prevalencia y severidad de la FM entre hombres y mujeres (Lotan et al., 2018).

En estudios pre-clínicos (en animales de investigación) también se ha observado que estímulos estresantes como estrés por frío intermitente, estrés por sonido impredecible y estrés de restricción, inducen una hiperalgesia que se mantiene en el tiempo. Cuando los estímulos estresantes se aplican a animales que han sufrido además algún tipo de estrés en la vida temprana, la hiperalgesia que se genera es mucho más intensa (Eller-Smith et al., 2018). Un modelo de FM de estrés en la vida temprana generado por un material de anidación limitado durante el período previo al destete produce ratas adultas que muestran hiperalgesia muscular leve que empeora después del estrés sonoro (Alvarez et al., 2013).

Por lo tanto, los estudios en pacientes, como los estudios preclínicos, sugieren fuertemente que un eje HHA alterado producto de un estrés crónico, produce alteraciones diferenciales entre hombres y mujeres en el sistema nervioso central que pueden gatillar un episodio de FM.

**3.3.3. Excitotoxicidad y Excitotoxinas:** Fármacos o compuestos endógenos que generan daño en el sistema nervioso central, se conocen como excitotoxinas y se han relacionado fuertemente con enfermedades neurodegenerativas y dolores

crónicos centrales. El glutamato, un neurotransmisor excitador muy abundante en el sistema nervioso, es considerado una de las excitotoxinas más importantes presente en nuestro cuerpo. Una revisión sistemática con 482 pacientes con FM reveló una asociación entre el riesgo de sufrir FM y el aumento de los niveles cerebrales de glutamato detectados por medio de espectroscopia de resonancia magnética de protones (H-MRS). Altos niveles de glutamato se encontraron en la parte posterior de la corteza cingulada, la ínsula posterior, la amígdala y la corteza prefrontal ventrolateral (Pyke et al., 2017). Por otro lado, la idea de que excitotoxinas ingeridas en los alimentos como el glutamato monosódico y el aspartamo producen neurotoxicidad cuando se usan en exceso, es habitual en comentarios no científicos, sin embargo, la evidencia obtenida indica que no existe relación ni con FM, ni con otros dolores cuando estos saborizantes son eliminados de la dieta (Cairns, 2016; Vellisca y Latorre, 2014). En la categoría de excitotoxinas debemos mencionar también que pacientes con historial de FM han mostrado elevados niveles de metales como mercurio, cadmio, cobalto y hierro, los cuales por su toxicidad en el sistema nervioso o por la activación del sistema inmune pueden inducir activación de la FM (Bjørklund, et al., 2018).

**3.3.4. Activación del sistema inmune y alergias subclínicas:** Es diversa la evidencia que vincula a pacientes con FM con la activación del sistema inmune. Por ejemplo, se han descrito alteraciones en la actividad del sistema inmune innato, el proceso inflamatorio, activación de mastocitos y alteraciones en los linfocitos T, entre otras. Los mastocitos (células del sistema inmune que se asientan en los tejidos) se han vinculado con el mantenimiento del dolor musculoesquelético y la sensibilización central, presentes en la FM, debido a que pueden activar las células de la microglía a través de la producción de citocinas proinflamatorias como IL-1 $\beta$ , IL-6 y TNF $\alpha$ . El número de mastocitos en la dermis papilar de los pacientes con FM han mostrado ser entre 5 y 14 veces mayor que los controles (Blanco et al., 2010). Además, en el suero de pacientes con FM, se ha encontrado un aumento de los niveles de quimiocinas y citocinas proinflamatorias, lo cual, contribuye a la inflamación de nuestro cuerpo completo (Banfi et al., 2020). Respecto a los linfocitos T, una reciente revisión, concluye que en la mayoría de los casos de pacientes con FM se observa una frecuencia alterada y/o polarización de las células T (principalmente las células T CD4<sup>+</sup>).

La comorbilidad entre FM y enfermedades relacionadas con el sistema inmune, la detección de autoanticuerpos y su prevalencia en mujeres, sugieren que la FM podría tener un origen de tipo autoinmune. Sin embargo, también es posible que la autoinmunidad pueda ser un evento secundario a la alteración primaria de las vías centrales del dolor que finalmente resulta en el aumento de mediadores inflamatorios a nivel sistémico (Banfi et al., 2020). En relación con la hipótesis de autoinmunidad, se ha observado que alergias subclínicas o sin manifestaciones clínicas evidentes, como la sensibilidad al gluten (sin llegar a producir enfermedad celíaca), cada vez más se asocia con cuadros de FM. Los

datos disponibles sugieren una prevalencia elevada de la FM entre los pacientes celíacos, mientras que la prevalencia de celíacos en la FM no es diferente de la población general. Sin embargo, algunos autores sugieren que al menos un subgrupo de pacientes con FM podría experimentar una intolerancia subclínica o intolerancia al gluten no celíaca (García-Leiva et al., 2015). Lamentablemente, los estudios de una dieta libre de gluten han mostrado resultados poco consistentes en disminuir la sintomatología de la FM (Slim et al., 2015).

**3.3.5. Carencias nutricionales:** En estudios con pacientes con FM, se ha encontrado carencia, falta o disminución de algún compuesto nutricional esencial, indicando que esta carencia podría ser la causa o tal vez la consecuencia de la FM. A este respecto uno de los hallazgos más consistentes es la hipovitaminosis D que presentan los pacientes con FM, así como que la suplementación de esta vitamina alivia los síntomas de la enfermedad. La importancia real de la suplementación de vitamina D en la FM aún no está clara, y sólo se recomienda en el caso de deficiencia (Karras et al., 2016).

Otro estudio mostró una posible asociación entre FM y la disminución del nivel de ferritina (proteína plasmática que une hierro) en el plasma. Individuos con los niveles de ferritina más bajos que el grupo de control (<50 ng/ml) tenían 6.5 veces mayor riesgo de FM. El hierro como cofactor en la producción de serotonina y dopamina puede tener un papel en la etiología de la FM (Ortancil et al., 2010).

Oligoelementos como el selenio, zinc y magnesio, son esenciales para el equilibrio redox en las células y también importante para la producción de ATP. La medición de los niveles séricos de estos oligoelementos en pacientes con FM mostró que las concentraciones de zinc y magnesio estaban significativamente disminuidas en el grupo con FM, mientras que no hubo una diferencia en los niveles de selenio (Sendur et al., 2008).

Una revisión sistemática reciente relaciona una inadecuada ingesta de proteínas con la FM, donde se afirma que la baja ingesta en proteínas produce una deficiencia en el aminoácido triptófano, lo cual contribuye al dolor en pacientes con FM. La importancia del triptófano es que participa en el metabolismo del neurotransmisor serotonina (Elma et al., 2020).

**3.3.6. Problemas metabólicos:** En los últimos años, la teoría del estrés oxidativo está ganando más peso en la fisiopatología de la FM. Esto implica que un aumento en la producción de moléculas conocidas como radicales libres generan un daño a nivel de ADN, proteínas y fosfolípidos, induciendo un estado inflamatorio generalizado y una activación del sistema inmune, estresando nuestro cuerpo y finalmente induciendo la FM. En un estudio del estado oxidativo en pacientes con FM, se investigó la peroxidación de proteínas y lípidos, el daño oxidativo del ADN, la capacidad antioxidante total y actividades enzimáticas antioxidantes, y se concluyó que las actividades de las enzimas antioxidantes se

encuentran reducidas, lo que induce un estrés oxidativo a través de la oxidación de ADN y proteínas, lo que, finalmente, deteriora el estado de salud de pacientes con FM (Rubia et al., 2013). Otra propuesta relativa a la modificación del estado oxidativo surge con la identificación de un aumento de malondialdehído (MDA, compuesto que se genera por la oxidación de un ácido graso) y disminución de la actividad de la enzima superóxido dismutasa (SOD, enzima esencial en la eliminación radicales libres) en 85 Pacientes con FM en comparación con 80 controles (Bagis et al., 2005). Por otro lado, un dato consistente que se ha observado en pacientes con FM es la deficiencia en la enzima coenzima Q10 (parte de la cadena respiratoria en la mitocondria) en las células mononucleares de la sangre, sugiriendo que la disfunción mitocondrial puede ser el origen del estrés oxidativo (Cordero et al 2010).

Mucha es la información que existe referente a la FM y cada día sigue apareciendo más, pero la interpretación y la correlación entre toda ella conlleva muchas dificultades. A la luz de todos los antecedentes mencionados en este capítulo, la FM no parece ser una sola enfermedad y debemos definir mucho mejor nuestros grupos de pacientes si queremos obtener datos fiables en los estudios, así como tratamientos eficientes. Además, la FM presenta comorbilidad con diferentes otras patologías, lo cual también complejiza los grupos de estudio y, por lo tanto, los datos provenientes de ellos. Finalmente, la gran interacción que se presenta entre los factores desencadenantes de la FM es otra razón que complica su estudio y la comprensión de la etiología y fisiopatología.

Como recomendación final a los pacientes con FM, les podemos aconsejar que disminuyan todos aquellos estímulos que signifiquen perturbación de su fisiología normal (desregulación de la homeostasis), por ejemplo, estímulos que activen su sistema de nociceptivo (dolor), sistema inmune o el estrés ya que, sin duda, estos factores pueden gatillar una nueva crisis de FM. Adicionalmente, los pacientes deben consumir todos aquellos nutrientes que han sido encontrado como deficientes en pacientes con FM y así reducir la probabilidad que una nueva crisis se desencadene.

Esperamos que este capítulo haya ayudado a poner en contexto la mayoría de la información biológica que existe respecto a la FM y que, en conjunto con los otros capítulos, aporte a construir este nuevo modelo biopsicosocial y nos conduzca a desarrollar mejores terapias para el manejo de la FM y poder aliviar el profundo dolor que estos pacientes sufren día a día.

## PARTE II

### UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA



## CAPÍTULO 7

### Diagnóstico y Tratamiento

Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle

#### 1. ¿Cómo se realiza el diagnóstico médico de la fibromialgia?

Desafortunadamente, como le ocurrió a Paula (capítulo 1) y le ocurre a miles de pacientes hoy en día, hay una demora en llegar al diagnóstico definitivo, que se traduce en numerosas visitas a distintos especialistas médicos, costosos exámenes e incluso cirugías, como bien se describe en el capítulo 2 de este libro. Esto ocurre por la gran variedad de síntomas que presenta la FM que además son subjetivamente reportados por el mismo paciente. Es de notar que la FM es un espectro continuo de síntomas y signos, los criterios utilizados que vamos a comentar son criterios de clasificación (para estudios) y no de diagnóstico propiamente tales (aunque se utilizan para ello). También influye la ausencia de un biomarcador especial y que no todos los profesionales de la salud están familiarizados con ella. En Japón, solo se le asignó el diagnóstico al 2,5% de las personas que cumplían con los criterios para FM de 2011, y en Alemania, los datos de una compañía aseguradora (con siete millones de asegurados) identificó una prevalencia para FM de solo 0,3%, cuando en el país se calcula una prevalencia de 2,1%. A pesar de su prevalencia alta en pacientes con enfermedades autoinmunes, Parkinson e insuficiencia cardiaca, a la FM no se le considera cuando es una enfermedad acompañante (comorbilidad) y por lo tanto se omite su diagnóstico. Otro motivo de subdiagnóstico es la resistencia de los profesionales de la salud a dar un diagnóstico que trae estigmatización, sobre todo a hombres o en general a personas que necesitan subsidios como reposo médico o pensiones de invalidez. Por otro lado, se debe evitar el sobre diagnóstico cuando se usan rígidamente los criterios clasificatorios (recordemos que son para estudios clínicos), o se desea acortar el tiempo de consulta médica por falta de tiempo, con un rápido diagnóstico y prescripción. Esto tiene consecuencias personales y sociales graves para las personas, que incluyen angustia, depresión y limitación de actividades de la vida diaria conducentes a discapacidad. La Encuesta de Salud Nacional estadounidense de 2012 (ESNE 2012) mostró que el 1,8% de quienes respondieron había sido diagnosticado con FM por su médico, y 73,5% no cumplía los criterios de 2011. Contrastando esto, el 85,5% de 1661 participantes del Estudio Alemán de FM cumplía los criterios 2011. Esto subraya la necesidad de

más estudios para verificar si estos sobre o infra diagnósticos son sólo un fenómeno local (Häuser, Sarzi-Puttini, Fitzcharles, 2019).

El diagnóstico diferencial de FM es amplio, dada la gran cantidad de condiciones que pueden presentar los signos y síntomas que le son propios como el dolor, la fatiga y el trastorno del sueño. Si el diagnóstico es una enfermedad autoinmune, por ejemplo, también es necesario confirmar si coexiste una FM. El solo hecho de cumplir con los últimos criterios de diagnóstico no califica automáticamente a una persona como FM ni define exactamente su condición médica. Siempre se debe considerar el contexto clínico y personal total de la persona, ya que sus distintas condiciones ameritarán distintas estrategias y tratamientos (el enfoque biopsicosocial multidisciplinario). En general, las categorías diagnósticas que pueden confundirse con FM son inflamatorias reumáticas, musculoesqueléticas no inflamatorias, medicina interna (endocrinológicas, gastroenterológicas, infecciosas y oncológicas), neurológicas, psiquiátricas y efectos adversos de medicamentos. La lista es extensa, sin embargo, ha sido nuestra experiencia clínica que el diagnóstico de FM y la exclusión de patologías alternativas se logra en la gran mayoría de las veces, con una muy acuciosa y paciente historia clínica más un examen físico completo usando solo un número limitado de test diagnósticos (Arora et al., 2017; Lesuis et al., 2016). Es útil localizar el dolor en un diagrama y caracterizarlo (por ejemplo, si es difuso, urente, irradiado). Luego se debe indagar sobre sueño no restaurador, fatiga y los síntomas asociados ya descritos. Hay que averiguar sobre síntomas de estrés (hay diversas escalas) y experiencias adversas de la infancia (EAI) siempre contextualizando en el tiempo la aparición de los síntomas y sus desencadenantes. El diagnóstico se confirma cuando tenemos presentes las características típicas y se han excluido otras condiciones médicas alternativas como causa de estos síntomas. La más frecuente ocasión de diagnóstico erróneo de FM ocurre en las etapas tempranas y pre-clínicas de algunas patologías autoinmunes como la artritis reumatoide y espondiloartropatía (en jóvenes) y polimialgia reumática (en mayores de 60 años). En el área neurológica, la esclerosis múltiple, el Parkinson y a veces la estenosis espinal pueden presentarse con dolor poco definido. Finalmente, algunos medicamentos como las estatinas, los bifosfonatos y quimioterapéuticos pueden producir cuadros dolorosos (Häuser, Perrot et al., 2017).

Los criterios que se han establecido para la clasificación y que se usan para el diagnóstico de la FM han ido evolucionando y ya no se están evaluando puntos dolorosos para sospecharla. Ahora incluyen áreas de dolor, trastornos de fatiga, sueño, memoria y los síntomas agregados de bruxismo, parestesias, vértigo, cefalea, vejiga irritable, vulvodinia, dolor torácico no cardíaco, dificultad para tragar y similares. Estos síntomas son todos parte del síndrome de sensibilización central e incluso tienen su código de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ICD1011: fibromialgia (M79.7), fatiga crónica (G93.3), disfunción articulación temporomandibular (K07.6), lumbago crónico (M54.5), cervicalgia crónica (M54.2), dolor pélvico crónico (r10.2), cistitis intersticial (N30.10),

vulvodinia (N94.81), prostatitis crónica (N41.1), cefalea tensional (G44.209), migraña (G43.91), síndrome miofascial (M54.6), colon irritable (K58) y síndrome de piernas inquietas (G25.81) (WHO, 2016).

Los criterios del Colegio de Reumatólogos estadounidenses (ACR) de 1990 fueron modificados en 1996, pero eran insuficientes, y tendían a clasificar como FM a las mujeres jóvenes estresadas en mayor proporción. Como comentamos, esta es una de las razones de encontrar distintas prevalencias entre mujeres y hombres. Se llegó a pensar que los puntos sensibles clásicos tenían un significado especial y se les daba demasiada importancia. Hoy, utilizamos los criterios de Wolfe con la modificación de 2016. Estos incluyen un índice de dolor generalizado y exigen que los síntomas hayan estado presentes por al menos tres meses, sin una patología que los pueda explicar. Wolfe revisó los criterios de 2010-2011 y agregó el ítem de dolor generalizado, definiéndolo como dolor en al menos cuatro de cinco áreas, excluyendo mandíbula, tórax y abdomen. Reemplazó las descripciones de síntomas agregados que hacían pacientes y médicos por un estimado hecho por el médico (cefalea, dolor abdominal y depresión en últimos seis meses) el cual se combina con el Índice de Dolor Generalizado para obtener el Puntaje de Síntomas de Fibromialgia, pudiendo así calcular la gravedad total. Estos criterios permiten una buena diferenciación de FM con otros síndromes de dolor local, pero tomando en cuenta los síndromes asociados. Se incorporaron a los criterios de la ACR y han sido validados en idioma español (Wolfe et al., 2016; Ablin & Wolfe, 2017; Casanueva et al., 2016).

En un estudio en India realizado en un centro de referencia terciaria se midió una sensibilidad de 60% para los criterios 2016, comparándolos con los de 1990. Esta medición está en el rango inferior pero similar los de los estudios de validación (60 a 96%). La especificidad medida fue de 70%. Encontraron más pacientes con ansiedad y depresión y se subdiagnosticó más a las mujeres (Ahmed et al., 2019). Los datos nos muestran que la sensibilidad de los criterios cambia según el escenario en que los ocupemos, ya sea este la atención primaria o una consulta de especialidad, o que la forma de presentación incluya dolor periférico o más síntomas de la esfera anímica. Con los nuevos criterios, un estudio reciente demostró que hasta un 40% de los pacientes con Artritis Reumatoide tenían FM comparado con solo 31,5% si se usaban los de 1990 (Shresher et al., 2019).

El grado de confianza que va a tener el profesional en hacer este diagnóstico va a depender mucho de su nivel de experiencia, especialmente en la evaluación de enfermedades reumatológicas, pero está ocurriendo un cambio en el paradigma. Con una prevalencia de aproximadamente 3% de la población general con FM, no hay recursos de salud suficientes disponibles para un diagnóstico temprano y menos para un control frecuente de estos pacientes por sub-especialistas. Teniendo en cuenta el modelo biopsicosocial e interdisciplinario de aproximación a la FM, que incluye atención al trastorno del ánimo, del sueño, las dificultades en el control del dolor y su contexto social, puede que los

reumatólogos no sean los especialistas ideales para proveer el cuidado más efectivo (Fitzcharles et al., 2013).

Una revisión sistemática del 2006 mostró que, al contrario de lo que opinaban los especialistas, el hacer el diagnóstico de FM no es deletéreo, ayuda a reducir el uso de recursos sanitarios y beneficia el pronóstico de los pacientes. No perjudica a la relación médico-paciente ni este último “aprende” a ser un enfermo como era el sentimiento extendido entre los médicos (Carmona, 2006).

## 2. ¿Cuál es el pronóstico de la fibromialgia?

Esta es una condición de salud crónica que acompaña a la persona durante su vida y el verdadero pronóstico está aún en debate. Desde las ciencias sociales, hay autores que cuestionan la condición de cronicidad, como se explica en el capítulo 4. Nuestro entendimiento actual sobre la epidemiología de la FM se deriva de estudios que ocurren en un entorno clínico y eso añade sesgos importantes. Para tener un diagnóstico de FM, las personas hicieron el esfuerzo de buscar ayuda médica y, a la vez, encontraron profesionales que pudieron o estuvieron dispuestos a hacerlo. El estudio de la ESNE 2012 mostró que un 73% de los pacientes identificados como FM no sabían que la padecían y, en general, los pacientes con FM eran 10 veces más proclives a no estar trabajando por su condición (Walitt et al., 2015). En un estudio de una ciudad canadiense que ya tiene más de 20 años y que usó los criterios de 1990, de 100 pacientes con FM (86% mujeres), el 31% tenía alguna incapacidad para trabajar y el 26% estaba recibiendo alguna pensión de invalidez (White et al., 1999). Pacientes con FM reportan altos niveles de estrés laboral y, en particular las mujeres tienen una alta probabilidad de no volver a su trabajo al año de tratamiento y, si vuelven, la probabilidad de que lo pierdan también es alta (Howard et al., 2010). El estudio de mayor seguimiento hasta ahora, con 1.555 pacientes con FM (92% blancos y 96% mujeres), y que tuvo 11.006 observaciones, mostró que luego de 11 años el 96% estaba con algún fármaco para FM y, como grupo seguían reportando síntomas de FM aunque con tendencia a la mejoría. A nivel individual, se observan diferencias, ya que un 10% de los pacientes al final de la observación tenían síntomas mínimos y si sumamos a los con síntomas moderados, un 25% de pacientes tenían un buen resultado final. Hasta 44% de los pacientes dejaban de cumplir los criterios de FM en algún momento, por lo que se destaca que es el seguimiento con escalas de síntomas lo que permite evaluar la carga continua de estrés biopsicosocial (Walitt et al., 2011). En contraste, el estudio de Fitzcharles et al. (2003) muestra resultados mucho más favorables, siguiendo a 70 mujeres por 40 meses y mostrando que un 47% presenta mejoría moderada a excelente y solo un 35% tenía dolor al cabo de dos años. Este estudio es más pequeño, con menos años de seguimiento y es interesante notar que la atención clínica fue

llevada a cabo en un entorno multidisciplinario de atención primaria a diferencia del estudio anterior hecho en la atención de referencia o terciaria.

Si bien la mortalidad no es mayor con esta condición, un estudio danés muestra una leve alza de la tasa de suicidio respecto a la población general (Dreyer et al., 2010), mientras que un estudio de la Universidad de Granada asocia a las mujeres con FM con mayor riesgo cardiovascular debido a obesidad y tabaquismo (Acosta-Manzano et al., 2017).

En suma, se muestra que esta condición tiene consecuencias dramáticas para el individuo y costos importantes para la sociedad y es importante realizar un esfuerzo para detectarla y tratarla. Se logra un resultado favorable cuando el diagnóstico es temprano, correcto y el tratamiento se desarrolla en un ambiente interdisciplinario cuyos profesionales tengan las herramientas y los conocimientos adecuados.

### 3. ¿Cómo se trata la fibromialgia?

El tratamiento comienza con la información proporcionada por el diagnóstico correcto y el proceso educativo llevado a cabo con el paciente y su entorno cercano, como bien se describe en los capítulos 8 y 9 de este libro. La relación médico-paciente mejora y los costos emocionales y económicos disminuyen. La sintomatología de la FM ocurre a través del tiempo en forma de crisis desencadenada por estresores, sobreexigencias y la alteración del sueño (Vincent et al., 2016; Bergenheim et al., 2019).

Inicialmente, es primordial que los pacientes se mantengan en sus trabajos o en sus labores habituales puesto que esto mejora el pronóstico. En un estudio de 287 mujeres, el dolor y la fatiga eran menores y el estado funcional era mejor en las pacientes con FM que trabajaban fuera de su hogar. Las pacientes con peor estado de salud eran las que tenían mayores exigencias psicológicas por sus labores domésticas (Reisine et al., 2003). Es necesario fomentar una relación entre el equipo de salud y el o la paciente, que sea efectiva para lo cual se han identificado factores claves. Estos factores pueden resumirse en el adecuado flujo de información entre paciente y equipo, un equipo de salud que calce con las necesidades del/la paciente y el establecimiento temprano de responsabilidades compartidas. En relación al flujo de información, hay que evitar las brechas, incentivar comportamientos colaborativos y entrenar al equipo como educadores y facilitadores. Los y las pacientes se frustran cuando no se les da toda la información sobre su condición y el equipo está en desventaja cuando el/la paciente, por algún motivo, oculta algo importante. No todos los equipos de salud están preparados o tienen la aproximación que cada paciente necesita y estos deben entender que su mejoría depende de un esfuerzo compartido (Chen & Swaminathan, 2020).

El tratamiento requiere una aproximación interdisciplinaria y es lo que estamos enseñando en el Diplomado en Fibromialgia en la Universidad de Santiago de Chile desde el 2018. Sin embargo, la piedra de tope a la que nos enfrentamos es la pobre adherencia a los tratamientos debido a respuestas clínicas inadecuadas.

De acuerdo a las últimas guías de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR), los primeros pasos en el tratamiento lo constituyen la educación del/la paciente y el inicio de un programa estructurado de ejercicios en un modelo interdisciplinario biopsicosocial, es cuando toman protagonismo el abordaje kinésico y psicoterapéutico, respecto a lo cual se refieren los capítulos que vienen a continuación. Las terapias no farmacológicas que ayudan son las que tienen efecto sobre el trastorno del sueño, la memoria y el ánimo. En la práctica clínica diaria es común observar que las terapias antiinflamatorias, las infiltraciones de articulaciones con corticoides y las terapias con medicamentos opiodes no son efectivas para esta condición (Macfarlane et al., 2017).

La dieta y la nutrición son preocupaciones frecuentes de los/las pacientes, muy en línea con la responsabilidad compartida en el tratamiento. La evidencia de buena calidad es escasa y no concluyente (Joustra et al., 2017). Se han vinculado deficiencias de vitaminas al dolor crónico sobre todo a la vitamina D que se relaciona con tejido neural, hueso y músculo. Un mecanismo puede ser que la hiperactividad simpática y de la progesterona tienen influencia sobre la paratiroides y su activación de esta vitamina. Los niveles bajos de vitamina D se asocian a puntajes peores en los cuestionarios de calidad de vida. Esto nos indica que hay un rol en mejorar los síntomas de FM detectando y corrigiendo esta deficiencia, aunque faltan estudios concluyentes (Karras et al., 2016).

Algunos síntomas de la FM como la fatiga, el dolor articular y la confusión mental son también característicos de otros diagnósticos de corte nutricional como la sensibilidad al gluten no celiaco (SGNC) (Losurdo et al., 2018). Pacientes con FM no celiacos remitieron síntomas con una dieta libre de gluten en un período de seguimiento de 16 meses. Esta observación sustenta la hipótesis de que la SGNC podría ser un factor subyacente a la FM (Isasi et al., 2014).

Si bien no existe una dieta particular que tenga un impacto significativo en la FM, una revisión sistemática reciente sobre dieta y FM concluye que, aunque la gran mayoría de los estudios no son de gran calidad, la evidencia es prometedora. De 972 estudios, siete cumplieron los criterios. Dos de los estudios disminuyeron el dolor abdominal y el colon irritable (aunque no el de la dieta sin gluten). Las dietas bajas en Oligo-di-mono sacaridos fermentables (glucosa, fructosa, lácteos), alcoholes y polyoles (FODMAP en inglés), la hipocalórica y la vegetariana se asociaron a menor dolor y ansiedad y a mejor calidad de sueño y de vida (Silva et al., 2019; Aman et al., 2018). En la revisión mencionada, el único estudio de dieta con gluten incluido es uno de 2017, con 75 pacientes seguidos por seis meses, los cuales tuvieron mejoría en los índices de calidad de

vida, sin embargo, no hubo diferencias con la dieta hipocalórica que se utilizó de grupo control (Slim et al. 2017).

No solo la salud física y psicológica se ven deterioradas por la FM. Un aspecto poco evaluado en la práctica clínica pero que es muy importante para las/ los pacientes es que su salud sexual y la de sus parejas se ve muy afectada. Según la OMS, la percepción negativa de la sexualidad influye en la capacidad del individuo para lidiar con los procesos adaptativos que conllevan las condiciones crónicas. Los profesionales de la salud tienen que incorporar en sus cuidados a la disfunción sexual que experimentan sus pacientes con FM. La sexualidad y vida en pareja son parte de la identidad femenina que ellas temen perder por las interferencias de esta condición en múltiples áreas. Se produce fatiga, dolor, falta de lubricación, debilidad muscular pélvica y efectos adversos de medicamentos en la libido. Esto lleva a conductas evitativas, falta de relaciones sexuales y rupturas de parejas. Una aproximación multidisciplinaria a este problema mejora la calidad de vida de la paciente y su pareja. Son importantes el apoyo social, estrategias adaptativas, de autoestima y corporalidad. El eje principal en la disfunción es el dolor general y genital durante o después del coito, que a veces dura horas o días. Se ve así afectado gravemente el deseo y la libido deteriorando las relaciones, pues sus parejas consideran que ellas tienen una reacción desproporcionada de malestar frente a estímulos mínimos. A esto se agregan los efectos secundarios de los medicamentos, que buscan aliviar el dolor y a su vez disminuyen la lubricación y la libido en un círculo vicioso. Las pacientes refieren rigidez generalizada y falta de orgasmo, impidiendo que puedan disfrutar su sexualidad y, por el contrario, produciendo gran tensión psicológica. Se suma a esto una alteración de la imagen corporal, culpando al sobrepeso, por ejemplo, terminando en una crisis total de identidad y de la pareja (Matarín Jiménez et al., 2017).

El apoyo social es un factor importante ya que las pacientes suelen sentir que en la consulta médica se trivializa la sexualidad, no se comprende o no se le da importancia, enfrentándose a profesionales distantes y desinteresados. Este es un aspecto que necesariamente debe ser abordado con perspectiva de género ya que suele conllevar perspectivas estereotipadas de la sexualidad. La familia y el entorno social cercano juegan un rol muy importante al validar los síntomas y disminuir el estigma asociado. Profesionales de la salud entrenados en sexología pueden aconsejar a las parejas con problemas enseñándoles a ambos conductas adaptativas, como el uso de medios físicos y métodos alternativos de expresión de su sexualidad, válidos también para parejas homosexuales (Granero-Molina et al., 2018). Este deterioro de la salud sexual ocurre también en hombres con FM. El Índice Internacional de Función Eréctil, una escala aceptada universalmente para medir la disfunción sexual en hombres, muestra índices peores en sus distintas esferas (función eréctil, orgasmo, libido, satisfacción) cuando se compara con controles sanos. Esta peor función se asocia a comorbilidades de ansiedad y depresión, y empeora a mayor edad, mayor dolor y peores índices

de calidad de vida (Batmaz et al., 2013). Las parejas de mujeres y hombres que padecen FM ven cambios drásticos en su vida sexual. La frecuencia de las relaciones sexuales va disminuyendo con el tiempo hasta prácticamente desaparecer. En su ocurrencia estas relaciones son restringidas y predecibles con la subsecuente pérdida de espontaneidad y en especial se inhiben por miedo a causar daño al otro. Esto afecta la relación y se necesita orientación para lograr un nuevo equilibrio en ella (Romero-Alcalá et al., 2019). Todos los estudios anteriores han mostrado cómo el ejercicio mejora significativamente esta disfunción.

Una serie de estudios de ciencias básicas que probaron diferentes protocolos de ejercicios muestran que la analgesia producida por este involucra la activación de vías inhibitorias centrales (Lima et al., 2017). Las terapias físicas en general y, en especial las pasivas como los masajes, drenaje linfático, electroterapia y otras, tienen escasa evidencia de que funcionen a diferencia del ejercicio estructurado. De seis tipos de masajes y dos tipos de estimulación eléctrica solo la liberación miofascial mostró tener algún efecto (Araújo & DeSantana, 2019). El ejercicio debe ser mantenido en el tiempo, elegido para cada paciente según sus necesidades y debe promover una buena adherencia para que no haya abandono de tratamiento. El ejercicio físico en agua temperada y la hidroterapia son efectivos y beneficiosos (Naumann & Sadaghiani, 2014), así como el yoga (Lazaridou et al., 2019) y el Tai Chi (Wang et al., 2018). El ejercicio físico en pacientes con FM debe ser supervisado por fisioterapeutas que conozcan las características específicas de estos pacientes, así como las terapias que efectivamente son adecuadas para ellos, con todas sus matices y etapas, como bien explican Muñoz y Araya en el capítulo 9 de este libro.

Las guías clínicas internacionales más recientes proponen el uso de ejercicio físico y las terapias físicas junto a terapia cognitivo conductual solas o en combinación con fármacos. Salvat et al. (2017) demostró la superioridad de doce semanas de tratamiento multidisciplinario (81 pacientes) sobre el tratamiento farmacológico convencional (74 pacientes) usando la escala FIQ (Cuestionario de Impacto en FM), escalas de médicos de familia (COOP/WONCA) y test de caminata de seis minutos.

Está creciendo el interés en usar psicoterapia para tratar el desorden neuro-cognitivo en pacientes con FM. Para poder incrementar el acceso a las intervenciones psicoterapéuticas, un grupo de investigación canadiense usó un programa administrado a través de Internet llamado Pain Course en 30 pacientes con FM que se compararon con un grupo control también con FM pero que estaba en lista de espera. El curso de ocho semanas consistía en clases on-line combinadas con tareas, y llevó a mejorías significativas en los puntajes de depresión, dolor y miedo al dolor que se mantuvieron cuatro semanas después al evaluarlos en un control (Friesen et al., 2017). En la línea de la psicoterapia integrativa están las intervenciones que desarrolla el psicólogo Mauricio Gateño y que describe en el capítulo 8 de este libro.

Se ha considerado últimamente el uso de la música para aliviar condiciones dolorosas crónicas porque se ha demostrado que activa el sistema opioide. Esto llevaría a relajación, distracción y alivio emocional. Alparslan et al. (2016) investigaron el efecto de la musicoterapia en 21 pacientes con FM comparado con 16 pacientes con FM controles. Encontraron una reducción significativa de los puntajes en la escala visual análoga (EVA) después de catorce días en el primer grupo. Un estudio aleatorizado y controlado de 35 pacientes con FM demostró que la combinación de música y ejercicio aeróbico fue más efectiva en mejorar puntajes de depresión, calidad de vida y equilibrio que usar ejercicio solo (Espí-López et al., 2016). Escuchar música diariamente como conducta habitual mejora la percepción de control sobre el dolor de mujeres con FM, especialmente cuando la música es considerada positiva y fue escuchada con la intención de relajación o activación. No se observa disminución de la intensidad dolor por se y el efecto que se observa no es mediado por los biomarcadores medidos en saliva (cortisol y alfa-amilasa). Es importante para los profesionales que cuidan la salud de pacientes con FM tener en cuenta las potencialidades de la música para mejorar síntomas y mejorar el control del dolor (Linnemann et al., 2015).

La acupuntura también es una alternativa útil en el manejo de la FM, incluso en la atención primaria, como lo demuestra un estudio español de 2016. Individualizada para cada paciente lleva a menores niveles de dolor en este estudio multicéntrico aleatorio, doble ciego y controlado luego de diez semanas de tratamiento en 164 pacientes con FM (Vas et al., 2016). Se ha evaluado a la homeopatía como tratamiento de esta condición y una revisión de los estudios disponibles concluye que estos son de baja calidad y no concluyentes pero que basados en casos individuales podría haber un rol de esta terapia complementaria (Boehm et al., 2014).

Una aproximación farmacológica o psiquiátrica puede ser la preferida cuando el paciente está sufriendo dolor crónico grave, síntomas cognitivos intensos o trastorno del sueño importante. Como vimos, es primordial el retorno a las labores habituales y esto puede ser facilitado por algunos fármacos que regulan las vías nerviosas (como la pregabalina y la amitriptilina), relajan los músculos (como la ciclobenzaprina) y producen analgesia central (como el tramadol). Conviene recordar que los síndromes asociados como la jaqueca y el colon irritable también deben ser correctamente enfrentados y tratados. De la familia de fármacos conocidos como los tricíclicos (como el relajante muscular ciclobenzaprina) utilizamos la amitriptilina, una muy buena alternativa inicial por su bajo costo, abundancia de estudios que la avalan, buen efecto en dolor y trastorno del sueño teniendo efectividad en el 50% de los pacientes. Ha mostrado ser más efectiva al compararla en estudios con los fármacos más costosos como el milnacipran y la duloxetina, y está incorporada en todas las guías clínicas. La autoridad estadounidense que regula los fármacos (FDA) solo ha aprobado para el uso en FM en ese país a la pregabalina, duloxetina y milnacipran (Chinn et al., 2016).

Numerosos estudios han evaluado la utilidad de la pregabalina encontrando que tiene un perfil de riesgo favorable, sus efectos adversos son tolerables (Gerardi et al., 2016) y a nivel de sistema de salud es costo-efectiva comparándola con duloxetina y tramadol solo siendo superada por la amitriptilina. La pregabalina se une a la subunidad alfa2 de canales de calcio dependientes de voltaje en el sistema nervioso central. Ha sido efectiva en controlar el dolor, mejorar la calidad del sueño y la calidad de vida general salvo en pacientes con depresión concomitante. Sin embargo, se puede asociar exitosamente a los antidepresivos cuando es necesario (Choy et al., 2010). En un estudio coreano demostraron mejoría en el 71,9% de los pacientes con FM (Kim et al., 2016).

La mirtazapina es un antidepresivo que bloquea auto y heteroreceptores alfa2-adrenérgicos facilitando así la liberación de noradrenalina y serotonina. Fue evaluada en 430 pacientes japoneses con FM sin depresión en un estudio aleatorizado con doble ciego y controlado por placebo. Se demostró que había mejoría a partir de la sexta semana en la calidad de vida y la escala numérica del dolor sin efectos adversos importantes (Miki et al., 2016). La duloxetina también es un antidepresivo inhibidor de recaptura doble (noradrenalina y serotonina) y puede bajar en un 30% el dolor con leve efecto en depresión. En general, estos antidepresivos no han mostrado ser tan útiles cuando se revisa la evidencia disponible en la prestigiosa Base de Datos Cochrane, teniendo un efecto menor cuando se les compara con placebo (Welsch et al., 2018). Se están explorando múltiples fármacos nuevos para esta condición. En estudios multicéntricos que han incluido a mis pacientes chilenos con FM se ha probado la mirogabalina que tiene menos efectos adversos que la pregabalina. Combinaciones de anti nucleosidos anti-virus herpes con celecoxib (antiinflamatorio) muestran resultados prometedores así como la memantina, un bloqueador de glutamato. Si bien los niveles de melatonina son bajos en pacientes con FM, su administración no ha sido efectiva para el tratamiento de pacientes con FM contrario a lo esperado. Los estudios con cannabinoides han sido contradictorios y puede que la Nabilona pueda tener un efecto corto en dolor y calidad de sueño (Gerardi et al., 2016).

Estos datos nos traen a una noción fundamental en el tratamiento de esta condición. Sabemos que, al igual que en el tratamiento de la depresión, hay una latencia de cuatro a seis semanas para observar los efectos farmacológicos y, además, muchas veces no van a ser efectivos. Debemos entender que esto es porque la teoría de alteración de neurotransmisores como único origen de estos trastornos no es completa a pesar de que algunas compañías farmacéuticas se esmeren en mostrarnos lo contrario. Si así fuera, los efectos serían más inmediatos y más reproducibles. Se ha confirmado que los niveles de neurotransmisores cambian muy rápido cuando se administran los fármacos, pero no ocurre lo mismo con los síntomas. La idea de que el trastorno no solo radica en neurotransmisores, sino que en interconexiones de múltiples áreas cerebrales que se han reforzado por mucho tiempo y modelado por la neuroplasticidad en

respuesta a situaciones ambientales, emocionales y otras que desconocemos nos lleva a darle importancia a las terapias no farmacológicas y multidisciplinarias.

Rápidamente, se acumula evidencia sobre los efectos beneficiosos de las experiencias de pacientes con la naturaleza. Muchas investigaciones se enfocan en la experiencia visual pero los seres humanos somos multisensoriales. Los sonidos y olores naturales, las experiencias táctiles son fundamentales y están enraizadas en nuestra psicología. Los mecanismos por los cuales actúan son múltiples e incluyen las sustancias fitocidas que se inhalan, y la flora bacteriana que adquirimos de los bosques (Franco et al., 2017). Con esto en mente, en 2020 está en marcha un protocolo de tratamiento multimodal para pacientes con FM en Cataluña, España, integrando ejercicio físico, terapia cognitiva conductual, educación neurocientífica sobre el dolor más terapia de contacto con la naturaleza (Serrat et al., 2020).

Estamos actualmente viviendo gran incertidumbre con nuestros pacientes con dolor crónico y reumatismo debido a la pandemia por la infección COVID-19 causada por SARS-Cov-2, un coronavirus de reciente aparición. El efecto a largo plazo no lo sabremos en mucho tiempo, pero es muy probable que estos incluyan exacerbaciones de síntomas por estresores como el miedo, la cesantía, el aislamiento social. También efectos por la suspensión de tratamientos, imposibilidad de asistir a control médico, terapia física y ejercicios programados. Todo esto llevará a estrés post traumático y aumento del dolor, fatiga y trastorno del sueño (Pope, 2020). Efectivamente, durante 2020 y 2021 he constatado en mis pacientes aumento en un 30% de las licencias médicas por crisis de fibromialgia debido a falta de control médico, imposibilidad de acceder a ejercicios, terapias físicas o medicamentos y al trabajo remoto excesivo. Estos datos son similares a los publicados por la Asociación de Isapres que detectaron un alza en las licencias médicas por este tipo de patologías.



## CAPÍTULO 8

### **El espacio psicoterapéutico en la fibromialgia. Una perspectiva humanizada e integrativa**

Mauricio Gateño Núñez

Testimonios de pacientes reales:

Asumir que tenía fibromialgia fue un duelo y un golpe a mi ego, ya no volvería a ser la de antes, funcional, haciendo muchas cosas a la vez, siempre por otros. Miro hacia atrás y doy gracias, mi cuerpo se rebeló, necesitaba sanar mi historia, las heridas de mi corazón, reconectarme con esa mujer que tiene derecho amarse primero y compartir después (Paciente de alta en Centro Impulsa).

#### **1. El diagnóstico y tratamiento interdisciplinario**

Un diagnóstico y tratamiento biopsicosocial e interdisciplinario de la FM puede evitar que el sujeto pase por el “vía crucis” clínico ya relatado en capítulos anteriores. Sabemos que este deteriora tanto su sintomatología como su motivación para afrontar el proceso de recuperación. En este capítulo, quiero describir algunos aspectos relevantes de una de las aristas fundamentales del tratamiento de la FM: la psicoterapia.

El componente emocional tiene una importante influencia en el origen de la condición de FM, y se ha visto que, cada vez que el sujeto está interferido por situaciones estresantes, aumentan sus síntomas (Villanueva, 2004). Por esto, el diagnóstico debería ser realizado no únicamente desde una mirada médica sino también desde la fenomenología, dando oportunidad para que la persona que consulta tenga el tiempo y el espacio necesario para relatar aspectos relevantes de su historia personal, así como la trayectoria de sus malestares, y así favorecer la indagación en la emocionalidad y, en definitiva, en la subjetividad de la persona afectada. Recopilar antecedentes desde una temprana infancia mediante una anamnesis profunda es fundamental para ir construyendo el camino que lleva al inicio de los síntomas, muchas veces desapercibido por el individuo afectado. Desde esta perspectiva, y con un enfoque biográfico, la dificultad emerge como una oportunidad para replantearnos cómo abordar los casos de FM.

Profesionales de la salud deberán manejar habilidades blandas como la empatía, escucha activa y compasión hacia la persona que consulta. La instancia de diagnóstico no puede ser un interrogatorio que coarte la intención del sujeto

de explayarse, y la posibilidad del o la terapeuta de recoger información, debe haber el tiempo suficiente para alcanzar el vínculo que favorecerá la riqueza del relato. Profesionales capacitados desde la perspectiva biopsicosocial podrán ahorrar frustración, tiempo y dinero a quien consulta, brindar acertadas derivaciones, facilitar el diagnóstico y tratamiento de su condición, generar la posibilidad de una adecuada rehabilitación, y aumentar la probabilidad de mejorar la calidad de vida.

Muchas personas recurren al sistema de salud a consultar por sus síntomas físicos, buscando mejorar su funcionalidad, y en ese momento, no están conscientes de la relación entre sus síntomas con aspectos emocionales y su historia personal, por esto es importante señalar que, cuando un sujeto es diagnosticado con FM, previo a la derivación, la o el especialista médico deberá favorecer su adherencia, enseñándole lo positivo de iniciar un proceso psicoterapéutico, así como generar una aproximación biopsicosocial que ayude al o la consultante a detectar los distintos elementos involucrados en la condición.

Sin embargo, esta suerte de inducción en la primera instancia clínica rara vez ocurre, y por eso, un rol fundamental de la o el psicólogo es realizar esa aproximación educativa antes de iniciar la construcción terapéutica de la trayectoria de la enfermedad. Lo anterior no está exento de dificultades, ya que en la práctica se vuelve difícil educar cuando la persona que consulta suele venir con una desesperanza provocada por las malas experiencias clínicas anteriores. En definitiva, la instancia educativa debe existir y tiene relevancia para el éxito del tratamiento, cualquiera sea el o la especialista que recibe al sujeto consultante.

## **2. La educación y evaluación debe generarse desde una perspectiva de género**

Como se ha manifestado en capítulos anteriores, aunque la medición de la prevalencia en mujeres y hombres ha sido un peregrinaje más en el campo de la FM, sabemos que ellas son quienes más la han manifestado, y no es extraño ya que vivimos en una sociedad patriarcal, machista, que además anula la subjetividad, la expresión emocional adecuada, donde la sobrevivencia funcional es sinónimo de exitismo, y los traumas y heridas quedan acumulados tanto a nivel neurológico como en la huella muscular.

Las mujeres son quienes ven más afectada su calidad de vida en nuestra sociedad occidental, y sus múltiples demandas parecen no ser lo suficientemente válidas para ser consideradas socialmente. Lo anterior se manifiesta en las disposiciones psicosociales de las mujeres con FM, como la tendencia a postergar sus necesidades en favor de los demás, la desconexión con su cuerpo como fuente de placer, sentimiento de culpabilidad, entre muchas otras manifestaciones. Su relato está marcado por la violencia hacia su identidad, a nivel físico como psicológico, mujeres que buscaron sobrevivir desde el Deber Ser, el

funcionalismo y el servilismo. La mujer ha sido socialmente reducida en gran medida a una función biológica, al desempeño del rol de productora de hijos e hijas, preparadora de alimentos y dueña de casa. Como consecuencia: su degradación, debilitamiento, la transgresión de su sexo, mediada por su representación social, ha sembrado la degeneración de su cuerpo y fatiga de su espíritu (Vergara, 1989).

En la medida que las mujeres estén más conscientes respecto al impacto que tiene el sistema patriarcal sobre sí mismas serán capaces de gestar un proceso de desconfiguración y gestación de quienes son en realidad. Es en el terreno de la exploración cualitativa, específicamente en la intervención psicosocial, donde la perspectiva de género se torna relevante, especialmente cuando se revisan las historias de las personas con FM. La psicoterapia es un espacio que brinda seguridad para que el relato del o la consultante empiece a develar antecedentes elocuentes en cuanto a su condición de salud y, de paso, a develar patrones que dan luces sobre por qué la FM es más común en las mujeres.

Verónica es una mujer con FM, experimentó un proceso psicoterapéutico que canalizó un largo proceso de desconfiguración de sus aprendizajes sociales arraigados. Ella comenta:

Asumí que tengo limitaciones, que puedo equivocarme, no quiero ser perfecta para nadie. Perdí tanto tiempo en tratar de sentirme validada por mi padre, esposo e hijos. Estoy aprendiendo a conectarme con mi intuición, a ser mujer desde disfrutar de lo que me hace bien, lo que me hace vibrar.

En definitiva, la primera etapa de un proceso psicoterapéutico es el diagnóstico psicosocial con perspectiva de género, la visualización de los aspectos contenidos en la historia personal y social que impactan y duelen en el ser mujer o ser hombre, la educación sobre la condición de FM debe realizarse en conciencia del contexto de vulnerabilidad de género en el que se producen los males (Pujal i Llombart & Mora, 2013; Mora et al., 2017).

### **3. La psicoterapia desde una perspectiva biográfica: Un medio de identificación, reconstrucción y resignificación**

La forma como percibe e interpreta la realidad el sujeto, tiene relación con rasgos o tipos de personalidad que, a su vez, están vinculados con la construcción en el tiempo, de mecanismos de defensa frente al impacto de factores psicosociales estresores acumulados en la historia, muchas veces relacionados con experiencias adversas de infancia (EAI). En la medida que el espacio psicoterapéutico propicie la validación de lo narrado y vivido por el o la consultante, le ayuda a ubicarse en una posición protagónica y activa frente a la FM.

A continuación, describiré brevemente diversos elementos biográficos encontrados en los relatos de las y los consultantes con FM. Aunque cada relato es único, es posible encontrar varios aspectos comunes:

### **3.1. Asumir responsabilidades de la adultez siendo muy jóvenes**

Tienden a asumir responsabilidades propias de la adultez durante la infancia, se vuelven confidentes de sus madres, participan en la crianza de sus hermanos o hermanas menores, y trabajan desde muy temprana edad. Por lo tanto, física y emocionalmente generan tempranamente altos montos de ansiedad, estrés y tensión. Viven desde una sensación de sobrevivencia constante y se vuelven hijas e hijos del Deber Ser.

Verónica comenta preocuparse por todo y todos, se siente útil y valorada en su trabajo, ayuda a su jefa con la organización de los turnos, realiza inducción a los compañeros y compañeras nuevas y trabaja varias horas extras a la semana. Refiere llegar contracturada y jaquecosa a su casa después del trabajo, prepara la comida para sus dos hijos, de 19 y 21 años. Afirma que durante la noche le cuesta quedarme dormida, “sigo pensando en el trabajo y cómo puedo ayudar a una colega que está pasando por una crisis matrimonial”. Cuando se revisan recuerdos de su infancia, Verónica comenta: “mis hermanos me preguntaban sobre sus deberes en el colegio, yo los ayudaba, los defendía en el colegio. Muchas de esas situaciones las omitía para no hacer más problema a mis papás.”

### **3.2. Madres fuertes funcionales pero inmaduras emocionalmente – distantes afectivamente**

Una madre que tiende a ser muy funcional, tratando de cubrir todos los aspectos relativos al cuidado (abrigo, alimentación, rutinas) pero no es capaz de escuchar las necesidades afectivas de ese niño o niña. Una de las consecuencias de la inmadurez emocional en la madre es la agresividad, que es una respuesta inmadura al sentirse sobrepasada por tantas responsabilidades. Muchas mujeres ven truncado su desarrollo emocional ya sea porque fueron madres solteras, otras con parejas autoritarias y represoras que limitan su rol a la provisión material del hogar, pero no entregan apoyo y acompañamiento, muchas de ellas se casaron jóvenes, como único medio de escape para independizarse. Se podrá entender entonces que su personalidad es fuerte en el sentido de sobrevivencia, pero infantil y con muchas carencias afectivas. Un porcentaje alto de mujeres con FM tuvo una madre con estas características y sobrellevó en soledad

la realidad familiar durante su infancia. Esto último, puede explicar por qué muchas personas que padecen FM fueron hijos o hijas parentalizadas.

Macarena, durante una de las sesiones donde reconstruimos la relación con su madre comenta:

Veía a mi mamá sacándose la cresta por nosotros, éramos cuatro hermanos y nunca nos faltó nada. Estaba presente cuando podía, me costaba acercarme a ella cuando me pasaba algo, era fría, como distante, especialmente conmigo, nunca le dije nada, no quería estresarla más de lo que ella estaba.

### 3.3. Familias disfuncionales

Hablamos de personas que crecieron en una estructura familiar rígida, con mala comunicación, no hay normas ni reglas claras, hay violencia familiar a nivel físico, psicológico y económico, creciente desequilibrio, desgaste y conflictos familiares. Son sujetos que enfrentan situaciones de estrés desde la infancia, sin tener los niveles de conciencia ni los recursos suficientes para poder elaborarlas, y tienen la percepción de sentirse muy poco escuchadas, validadas y contenidas.

Romina comenta haber experimentado diversas situaciones familiares donde tuvo que interferir:

Insultos, gritos y empujones los viví durante años, mi papá tomaba ene copete, llegaba y nos despertaba a todos... Siendo más grande me ponía al medio de ellos dos para defender a mi mamá.

En las familias de consultantes con FM es común encontrar adicciones, trastornos de salud mental y educación excesivamente severa o demasiado laxa.

### 3.4. Duelos

El fallecimiento inesperado de personas cercanas, así como también cuando arrastra enfermedades que requirieron brindar cuidados y compromiso hacia algún familiar y existen dinámicas de dependencia, pueden generar grandes cargas de tensión y estrés, siendo interpretadas de forma traumática por las y los consultantes. Que una situación se convierta en traumática y quede encapsulada en el tiempo, es consecuencia de que el sujeto sobrellevó la pérdida de forma funcional, disociándose de las emociones involucradas, sin tener el espacio y tiempo de elaborar sanamente dicho acontecimiento. La manera que vivimos y procesamos las primeras experiencias de pérdida, determinan la forma que nuestro Yo procesará las siguientes situaciones en el futuro.

Personas con FM han experimentado eventos de pérdida desde la angustia, con la sensación de que no fueron sostenidas emocionalmente, se sintieron abandonadas. Se puede observar funcionalidad, automatización y orientación al Deber Ser, sin embargo, también disociación afectiva, sentimientos de injusticia y culpa, que perduran durante años. Muchas de ellas no viven el duelo sanamente: sostienen a otras personas y se preocupan de todos los elementos prácticos, adquieren un rol protector y pilar de otros miembros de la familia. Esto puede explicar la dificultad de experimentar sanamente su vulnerabilidad en la actualidad.

Durante una sesión de imaginación o sueño consciente, Jessica relata con tristeza y angustia:

Desde que murió mi madre sentí que exploté en dolor, han pasado años y siento que fue ayer. Yo fui quien la cuidó en su casa sus últimos años producto del Alzheimer, era mi amiga y su confidente.

Posteriormente, durante el proceso de integración narrativa, comentó que desde ese periodo empezó a reconocer algunos síntomas, dolor de rodillas y rigidez cervical, estos se fueron acentuando durante tres meses, hasta que experimentó la primera crisis.

### 3.5. Situaciones de abuso

Personas que sufrieron algún abuso sexual, psicológico o físico, viviéndolo desde el silencio, no fueron contenidas ni validadas. El trauma se genera no sólo desde el mismo evento sino principalmente desde la manera cómo padre/madre o tutores a cargo lo manejan, ya que, si la niña o niño es contenido y validado en el momento oportuno, la carga traumática disminuye y es vivida con resiliencia. En el caso de las personas que desarrollaron FM sucedió lo inverso, fueron cuestionados con severidad, invalidando su sentir, generando culpa y responsabilidad por lo sucedido.

Teresa relata:

Tenía 9 años cuando un vecino, amigo de mi mamá, nos cuidó a mí y hermano chico. Hubo varias ocasiones que jugando me manoseó y me hacía tocarlo. Cuando conté qué me había pasado, mi mamá no me creyó, sentí que privilegiaba su amistad con el vecino. Nunca más hablé de la situación. Mi mamá me dijo que no le comentara a mi papá, ya que podía reaccionar mal y querer matar al vecino.

### 3.6. Cambios drásticos y constantes

Eventos vividos como un shock, generalmente durante la infancia, que son difíciles de asimilar, interfieren el desarrollo cognitivo y emocional esperado para ese niño o niña, quedando registrados con dolor emocional. La familia está expuesta a distintos estímulos externos, contextos adversos como situación del país, pérdida del trabajo, mudanzas, enfermedades. Es común que el hijo o hija de mayor edad tenga que colaborar económicamente, asumiendo un costo emocional y cambiando el rol que tenía en la familia, mermando su desarrollo psicoafectivo. Las hijas y los hijos menores muchas veces perciben solo los cambios concretos, por ejemplo, cambios de colegio, perder amistades, teniendo que adaptarse drásticamente con la carga emocional que esto involucra.

Constanza comenta lo difícil que fue su adolescencia debido a que sus padres, en varias ocasiones, cambiaban de casa y región:

Estaba en el colegio terminando una prueba, me avisaron que había llegado mi mamá a buscarme, solo vi el auto repleto de nuestras cosas, me dijo que nos íbamos a vivir a otra ciudad, no alcancé ni siquiera a volver a mi casa y sacar las cosas de mi dormitorio. Ese mismo día en la tarde estaba en otro colegio y compañeros, me sentía totalmente abducida, angustiada, desarraigada de mis recuerdos, sentía que mi vida no me pertenecía.

### 3.7. Mala convivencia de los padres

La relación entre madre/padre o tutores también es fuente de grandes montos de estrés. Las infidelidades (o sospecha), los celos, la falta de diálogo, no saberse escuchar y no saber negociar, las faltas de respeto continuas, insultos, agresiones y abusos sexuales que se extienden durante años, causan heridas afectivas profundas en los hijos e hijas, que pueden generar repetición en el patrón aprendido al momento de elegir su propia pareja o vincularse afectivamente con otros.

Bernarda comenta que, hasta el día de hoy, la relación con sus padres es difícil, por una parte, el papá tiene otra familia, producto de una infidelidad ocurrida hace diez años, consecuencia de ello el nacimiento de su hermano, generó una ruptura familiar, teñida por alianzas y violencia psicológica entre los diferentes elementos del sistema familiar. Ella comenta:

No fue nada fácil, tenía a mi papá en un pedestal, se me cayó, me generó una desilusión de los hombres, no podía confiar. Durante mi matrimonio, me he enterado de que mi pareja me ha sido infiel en varias ocasiones. Siento que no puedo perdonarlo (...) Gracias a la terapia de pareja nuestra relación está mejor pero mis inseguridades persisten, no puedo dejar de pensar que, en cualquier momento, sucederá lo mismo.

La visión de mujer referida por Bernarda al iniciar el proceso terapéutico es experimentar que nunca es suficiente, su vida está dedicada a sus hijos y pareja. La angustia y sensación de vacío es un síntoma reiterado durante la primera parte de la psicoterapia.

Considerando todo lo anterior, cada paciente es un caso complejo, y la revisión de su historia, la forma que se vincula consigo mismo o misma, y con su entorno, permitirán develar los elementos fundamentales para lograr un tratamiento exitoso. A saber, es diferente tratar un o una paciente con FM con base ansiosa-depresiva que otro de base rabiosa-impulsiva, son dos perfiles distintos. El tratamiento, tanto físico, médico, farmacológico, psicoterapéutico y nutricional, tendrá que responder a las especificidades de cada sujeto, según el perfil de cada uno. Actualmente, la mayoría de las personas diagnosticadas de FM son tratadas de manera estandarizada. Por eso, en el contexto de este capítulo, quiero rescatar la importancia del abordaje de casos, en cuanto propuesta de este equipo profesional.

#### **4. La psicoterapia como educación y acompañamiento**

Uno de los objetivos de la psicoeducación e inicio del proceso psicoterapéutico consiste en poder revisar su biografía, mecanismos adaptativos, y ayudar a que sus propias dificultades y limitaciones puedan transformarse en fortalezas, siempre y cuando reorientemos en conjunto su manera de verse a sí mismo y el mundo, considerando cómo sus mecanismos de defensa y estilo de personalidad han dejado huellas corporales, por ejemplo, un tono muscular rígido con contracturas, como también problemas para vocalizar y expresar sanamente sus emociones de rabia y pena. Durante años, estas huellas corporales se adaptaron al ambiente, incentivando la funcionalidad y sobrevivencia, sin embargo, en la actualidad resultan poco saludables, el mismo cuerpo está expresando una estrategia diferente. Este reconocimiento es fruto de la construcción biográfica terapéutica siendo básica para resignificar la coherencia que existe entre su vida y sus síntomas.

La psicoterapia surge como un espacio donde la persona que consulta puede vaciar sus frustraciones y angustias, y resarcir su desinformación sobre la enfermedad. Por lo tanto, el psicoterapeuta debe estar entrenado o entrenada para acompañar al sujeto, ayudarlo a observar cómo esta enfermedad emerge desde una construcción que involucra elementos biopsicosociales, y que su biografía es el mejor mapa, ya que nos brindará las señales necesarias para poder rehabilitarse.

Hagamos énfasis en el concepto de rehabilitación y no de curación, ya que en el primero el o la consultante es protagonista, y quien debe aprender a conocerse, conectarse e incorporar estrategias para mejorar su calidad de vida. Y es que la psicoterapia debe llevar al sujeto a darse cuenta de este protagonismo,

ya que posee la verdad de su historia. El terapeuta facilita, intermedia y ayuda para que la rehabilitación se despliegue, la posición debe ser desde un no saber, esto permitirá eliminar sesgos y prejuicios que tengamos con la experiencia de dolor del consultante, la verdad la tiene esa persona, no quien ejerce el rol de terapeuta.

El empoderamiento es la esencia para generar una buena adherencia y éxito terapéutico, tanto la motivación como el sentido que genere el o la consultante hacia su FM actuarán de puente y alimento para que pueda transitar de buena forma la psicoterapia. Solo cuando el individuo se da cuenta de lo que hace, cómo lo hace y para qué lo hace, está capacitado para cambiar su conducta. Los “por qué” nos permiten comprender los orígenes de la realidad vivida, pero también tienen el riesgo de dejarnos encapsulados en lo que fue y quitarnos la responsabilidad por lo que será.

Otro punto importante es poder explicar, a partir del relato biográfico, que su historia acumulada de elementos estresores afectaron su homeostasis, cuando esta se ve interferida constantemente genera desequilibrio y, si este perdura durante un tiempo prologando, producirá que el sujeto se agote y finalmente enferme. Selye (1974) describió tres fases del estrés, describiéndolas según su temporalidad en fase de alarma, adaptación y agotamiento.

Uno de los objetivos del o la terapeuta es acompañar y validar, así la persona que consulta puede expresar y reparar elementos reprimidos que causaron dolor emocional, también ayudar a representar distintos elementos del conflicto, incentivando el experimentar y modificar activamente lo que siente. Tanto el o la terapeuta como el espacio construido desde la confianza asisten como intermediarios en la reparación, sin embargo, quien termina realizando este acto es la persona afectada, el sujeto, quien perdona y se perdona a sí mismo.

Finalmente, es el *cómo* construimos este espacio para revivir en tiempo presente lo reprimido. Para esto, podemos utilizar la explicación del reencuentro con la niña o el niño interior quien no experimentó validación y reparación de un referente emocional adulto, teniendo que sobrellevar la situación traumática desde mecanismos defensivos.

La psicoterapia aparece como un medio que ayuda al o la consultante a revivir dicho trauma con su propio simbólico paterno o materno quien, desde el presente, actúa como un adulto que repara y hace justicia. Esta etapa es de consolidación e integración, posteriormente de haber organizado el relato de forma auténtica y coherente respecto a su infancia y adolescencia. Para esto debe haber pasado varias sesiones co-construidas en el espacio psicoterapéutico para que este último actúe como un terreno suficientemente bueno, que ayude al consultante a resignificar sanamente su propia subjetividad, similar al espacio transicional (Winnicott, 1972).

## 5. Utilización de la corporalidad de Terapeuta y Consultante

El motivo de consulta en psicoterapia de gran parte de las personas tiene que ver con sus dolores, con sentirse que no son los mismos, que ya no funcionan como antes, finalmente parte de esta primera etapa es ayudar paulatinamente a que puedan vislumbrar un motivo de consulta relacionada con sus temáticas psicoafectivas. Para ello, se utiliza una bitácora diseñada para que vayan registrando sus dolores, frecuencia, intensidad y tipo. A su vez registren sus pensamientos y emociones experimentadas diariamente y noten la relación entre estos componentes y el aumento de sus síntomas.

Este registro servirá de mapa para ir profundizando elementos psicoemocionales, convertidos en huellas corporales. En la medida que el sujeto se dé cuenta que existe una directa relación entre sintomatología física y emocional será un primer paso para ir empoderándose frente a su condición, ya que les da un rol activo en el abordaje de esta. Uno de los objetivos primordiales en la psicoterapia especializada en FM es poder aumentar el conocimiento de sí mismos y mismas, integrando sensaciones, emociones y procesos mentales racionales; y reparando su relación con el propio cuerpo.

Una de las preguntas más comunes es sí podemos utilizar el cuerpo para generar un abordaje terapéutico y ayudar al sujeto a identificar, movilizar y ressignificar sus conflictos. La respuesta es sí, desde una perspectiva bioenergética se realiza una aproximación diferente del espacio terapéutico, considerando como uno de los objetivos principales que el sujeto pueda sentir y habitar su cuerpo real, no solo su representación discursiva (cuerpo imaginario/simbólico). Desde la psicoterapia corporal abordamos el “cuerpo real” del sujeto como vía de acceso a su inconsciente (González, 2014).

En el caso de individuos con FM existe una tendencia histórica de haber tenido que reprimir la rabia por demandas sociales y familiares. Por ejemplo, a las mujeres desde niñas, les inculcaron que la rabia era negativa y no debían expresarla. Así mismo con los hombres respecto a la tristeza. Si a lo largo de su biografía el mecanismo se repitió una y otra vez, el cuerpo será la huella de la incapacidad psíquica de no poder expresar sanamente dichas emociones.

Victoria llegó a su tercera sesión con intensos dolores en ambas manos, contractura en el cuello y rigidez en sus hombros. Se le pregunta la intensidad de sus dolores mediante la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA) para evaluar la percepción de dolor físico. Posteriormente se le propone realizar una técnica corporal para ayudarla a disminuir su sensación de dolor. Esta herramienta tiene como objetivo, tensar voluntariamente los puntos físicos que generan dolor, mediante la recreación respiratoria, facial y corporal de la rabia como emoción central (Método Alba Emoting), se le explica de antemano que llegará un momento donde podrá liberar la tensión tanto física como emocional, gritando reiteradamente en un cojín. Si bien en un primer momento la consultante se encontraba cohibida, ya que gritar no era algo que hiciera regularmente, aceptó

el desafío, considerando que durante el proceso estaría acompañada y siendo guiada por el terapeuta (Kalawski, 1998). Luego de realizar el ejercicio corporal, Victoria comenta:

Estoy tiritando entera, siento como si rayo de electricidad recorriera todo mi cuerpo, me tiemblan las piernas, pero al mismo tiempo las siento livianas. Siento que me liberé de una mochila llena de emociones. Me doy cuenta de que tenía rabia acumulada, nunca había gritado así.

Respecto a la percepción del su dolor físico expone que el dolor de sus manos y hombros disminuyó bastante. Durante el proceso de integración terapéutica, la consultante refiere haberse dado cuenta que la semana anterior había tenido varias discusiones con su marido, sintiéndose frustrada por ser pasada a llevar en sus necesidades.

El cuerpo del o la consultante es el mapa para guiar el camino a la rehabilitación, proporciona directrices de los conflictos que trae a la sesión. Antes de ahondar y realizar ejercicios de contacto corporal se requiere un nivel de confianza que se logra en la adherencia y se sostiene en el vínculo terapéutico. Es necesario durante la etapa de evaluación que la terapeuta o el terapeuta haga un diagnóstico corporal del sujeto y determine de qué forma abordará la psicoterapia, considerando los acontecimientos traumáticos reprimidos donde no hubo reparación y expresión sana a nivel tanto físico como emocional. La postura corporal, su tono verbal e incluso síntomas expuestos por los consultantes como más relevantes serán nuestra columna vertebral para generar un plan de intervención más específico.

Desde un modelo Bioenergético y Reichiano, el uso del cuerpo de terapeuta y consultante podrán ayudarnos, no solo a diagnosticar sino también, gradualmente a disolver resistencias y mecanismos de defensa que impiden que los aspectos más auténticos de los consultantes se expresen de forma saludable. El cuerpo es la base para el funcionamiento en la realidad, por lo tanto, cualquier mejora en el contacto con el mismo, producirá un cambio significativo para la persona en su autoimagen, en la calidad de sus sentimientos, en su creatividad y capacidad de trabajo, en sus relaciones interpersonales y en su disfrute de la vida (Reich, 2005).

El terapeuta o la terapeuta acompañan mediante señalamientos e interpretaciones, y cada lugar físico indica una temática o conflicto no elaborado. Este medio proporciona a quien consulta la oportunidad de aprender que su propio cuerpo es depositario, medio y consecuencia, en parte, de su dolor. En este sentido, el toque de una mano puede generar múltiples cualidades como ser un intermediario, puede provocar dolor como también descargarlo en compañía de un contexto donde la relación transferencial y contratransferencial ayudarán a modular dichas intervenciones. El *timing* terapéutico, como estructura

psíquica y corporal del sujeto ayudará a identificar el modo de acercamiento y herramientas que el o la terapeuta deberá utilizar (Gonçalvez, 2014).

Desde una combinación de la perspectiva Reichiana y Gestáltica utilizamos el toque como una forma de diagnóstico, recurso técnico para ablandar rigideces, disminuir las resistencias y mecanismos defensivos, los cuales deben complementarse desde un abordaje gestáltico, donde el aquí y el ahora es el tiempo donde se experimentan las emociones reprimidas, siendo el consultante adulto en conjunto con el terapeuta quienes ayudan a la niña o al niño interno a revivir dichas experiencias (Rodríguez, 2016).

Es importante saber que cuando utilizamos el cuerpo dentro del espacio terapéutico, debemos tener claro que no es fácil, requiere un trabajo de autococonocimiento, ética, formación y experiencia personal/profesional, estas son claves para saber el momento y la forma como debemos usar estas herramientas.

A través de este vínculo estamos generando confianza y un espacio al sufrimiento del sujeto, este puede tomar contacto, darse cuenta aquí y ahora de su dolor, fragilidad, miedos y reconocer en este acto su propia existencia, su ser regresivo posee un medio de expresión (Perls, 1974). El adulto simbólico mediante la ayuda del o la terapeuta genera la posibilidad de resignificar lo reprimido. El niño o niña simbólico del consultante se está ajustando al medio adulto. Sin embargo, es importante determinar si es el momento adecuado, recordemos que lo reprimido fue un mecanismo de sobrevivencia, un modo de mantener el equilibrio. La catarsis y la resignificación son exponencialmente positivas siempre y cuando realicemos un trabajo previo de preparación para esta instancia, donde la o el terapeuta debe haber realizado un diagnóstico, educación y revisión biográfica. Una vez iniciada una operación, no podemos dejar la herida abierta, sino brindar un cierre que involucre la instalación de una semilla, que posteriormente germine con amor y recursos.

## **6. El espacio psicoterapéutico con elementos lúdicos fomenta el placer y bienestar**

La intuición y capacidad de conectarse con la propia infancia brindará la posibilidad de generar un diálogo mediante el cual podremos derribar mitos como por ejemplo que “el dolor no me permite moverme”. En muchas ocasiones en las que el sujeto se muestra replegado por su dolor físico y emocional, el terapeuta emerge como una figura parental que incita al sujeto a volver a confiar en su ambiente. Albert Ellis (1972) precursor de la psicología cognitiva, desarrolló la terapia racional emotiva, propuso que los seres humanos insertos en sociedades altamente patologizadas desarrollaban distorsiones emocionales que consisten fundamentalmente en tomarse la vida demasiado en serio, exagerando en sus significados, dramatizando y no aplicando el humor respecto a lo que nos sucede en la vida cotidiana. La terapeuta o el terapeuta puede ayudar a mostrarle a

quien consulta que una idea puede ser irracional y poco funcional, utilizando el humor. De esta forma fomentamos que los mecanismos defensivos disminuyan, que “baje la guardia”, generando una mayor probabilidad que el sujeto la analice y resignifique. Las personas con FM en general, desde su estilo de personalidad, poseen rasgos altamente rígidos y obsesivos, esto les ha permitido ser altamente funcionales, adaptarse y sobrevivir a distintas amenazas. Están adoctrinados externamente, disociándose de la posibilidad de experimentar desde su desear y cuestionar dichas creencias.

El poder conectarlo con su sentir y permitirle expresar libremente, será un alimento que lo nutre, e inhibe los sesgos y limitaciones impuestas por su psique, trasladada a su corporalidad y sintomatología, asociando ese espacio psicoterapéutico a uno sin límites espaciales tradicionales, caracterizado por la expansividad y creatividad trayendo como consecuencia un sentimiento placentero, ya no centrado en el dolor. En la medida que realizamos dinámicas corporales se materializa la manera como la experiencia dolorosa pasa a un segundo plano y son capaces de disfrutar tiempo presente de un encuentro genuino consigo mismos y con el entorno (Ramírez, 2005).

Paulina, en su primera sesión psicoterapéutica, refería sentirse abatida y desesperanzada por los reiterados tratamientos sin buenos resultados, desde que fue diagnosticada de FM. Se sentía contracturada, desanimada emocionalmente y fatigada físicamente. Se le pregunto si quería comprobar los efectos positivos de jugar, y cómo esta acción conllevaba placer y disminución de sus niveles de estrés. Luego de ciertas dinámicas lúdicas en conjunto con el terapeuta como bailar y reír, comentó:

Por primera vez, después de mucho tiempo, siento que hay espacio para la alegría, ya que el dolor disminuyó mientras jugábamos. Además, esa sensación como de peligro que suelo tener, sentí que cambiaba, es como si fuera reemplazada por la entretención.

Al mismo tiempo, el humor se vuelve fundamental en la psicoterapia, permite relativizar los recuerdos y asociaciones dolorosas emocionalmente de quien consulta. El ejercicio de la psicoterapia instala un paradigma real, sentido anteriormente por el consultante desde la represión y culpa. El hecho que en terapia se exprese conscientemente y libre dicho pensamiento, genera la posibilidad de revisarlo y resignificarlo, así brindar al consultante desde una forma didáctica y poco habitual, de observar y sentir la **naturaleza ilógica de sus miedos o compulsiones**.

Es importante que el humor sea ocupado en el momento adecuado, al igual que otras técnicas terapéuticas, justificando su uso para promover la alianza terapéutica. El humor podrá ser utilizado siempre y cuando podamos cumplir con algunos aspectos básicos: potenciar en el sujeto una perspectiva más

amplia, y acercar a consultante-terapeuta, propiciando un ambiente que genere libertad de expresión (Ellis, 1972).

El humor permite generar una posición más humilde y menos arrogante del o la terapeuta, impide que juzgue y determine cual es la verdad, ya que la única verdad es la que emerge en el diálogo intersubjetivo en el espacio terapéutico.

## CAPÍTULO 9

### **Fibromialgia: el paradigma del dolor crónico y sus implicancias en la rehabilitación**

María Jesús Muñoz-Yáñez  
Felipe Araya-Quintanilla

#### **1. Kinesiología y sus implicancias en fibromialgia**

Testimonios de pacientes reales:

No sería capaz de caminar más de cinco cuadras seguidas.

Prefiero quedarme acostada, porque es el único momento en el que siento menos dolor.

El doctor me dijo que las personas con fibromialgia no se deben esforzar haciendo ejercicio.

¿Qué, personas con fibromialgia que suben un cerro después de un plan de rehabilitación multicomponente? probablemente no tenían fibromialgia o no estaban tan graves como yo.

Tal como se ha explicado exhaustivamente en los capítulos anteriores, la FM tiene como síntoma principal el dolor crónico generalizado, y en la mayoría de los casos se desarrolla kinesiofobia (miedo al movimiento), que provoca que las personas con esta condición de salud eviten el movimiento por dolor. Por esta razón, es común escuchar estas expresiones a las personas que consultan o que asisten al tratamiento por FM. Este es un problema no menor para aquellos profesionales dedicados a la rehabilitación y actividad física.

Sumado a esto, está el componente de sedentarismo que presenta la mayoría de la población chilena adulta, por lo tanto, el desafío que deben enfrentar los kinesiólogos y kinesiólogas en la prescripción de ejercicio en pacientes con FM es complejo. Algunos datos entregados por el Ministerio de Salud (MINSAL) informan que el porcentaje de ingresos al programa de rehabilitación en atención primaria durante el año 2019 cuya causa se clasifica como *otros síndromes dolorosos no traumáticos*, es de 25,4% y está en el primer lugar, y dentro de estas patologías se encuentra la FM.

Producto de los mecanismos neurofisiológicos asociados a la FM es que las y los pacientes, antes de la exposición a un programa de actividad física deberían

entrenarse gradualmente, pues la sintomatología multifactorial que aqueja a las personas con FM tiene estrecha relación con hábitos sedentarios que perjudican la condición física (Alegre de Miquel et al., 2010).

Algunas propuestas de tratamiento en FM han apuntado a la Educación Basada en Neurociencias (EBN), que consta de enseñar a pacientes acerca de la neurobiología, neurofisiología, procesamiento y representación del dolor en el SNC (Bernardy et al., 2017; Malfliet et al., 2017). Existen estudios de neuroimagen con resonancia funcional magnética que, posterior a la EBN, mostraron una reducción de la activación cortical en todas las áreas asociadas a los procesamientos neurofisiológicos del dolor, creencias, actitudes, miedo al movimiento, generando una reorganización en el SNC asociado a los procesos que se alteran en sujetos con dolor crónico (Moseley, 2004; Moseley, 2005). Otra herramienta es la Imaginería Motora Graduada (IMG) que utiliza diversas estrategias de reprogramación cortical, sensorial y motora, que han sido relacionadas con una disminución de la intensidad del dolor reportadas en estudios de neuroimagen en áreas correspondientes al procesamiento discriminatorio del dolor (Moseley 2004; Moseley et al., 2012; Lagueux et al., 2017). Considerando lo expuesto anteriormente, la kinesiología es parte del tratamiento interdisciplinario y debe ser considerada como una herramienta para personas que padecen FM, sin embargo, actualmente los tratamientos ofrecidos en los establecimientos de salud pública carecen de estas herramientas. Este argumento impulsó en el año 2015 la creación de la Fundación Rehabilitar, una organización sin fines de lucro que ofrece tratamiento multicomponente a personas que padecen FM, cuyo modelo terapéutico presentaremos a continuación.

## **2. Consideraciones neurofisiológicas: el cerebro como eje determinante en la rehabilitación**

Usted quiere que haga ejercicio, si solo con imaginarme que me tengo que mover me duele.

Jamás me ha gustado hacer ejercicio, cómo voy a hacer ahora que me duele todo el cuerpo, incluso hasta el pelo.

Tengo miedo de moverme, pues creo que podría hacerme más daño y agravar mi fibromialgia.

Cómo es eso que comenzaremos entrenando el cerebro, lo que yo siento es verdad no lo estoy inventando.

Estas citas reales de pacientes de Fundación Rehabilitar reflejan el problema que existe a la hora de informar a personas con FM que la clave del tratamiento

kinésico recae en el ejercicio aeróbico. Es evidente que la predisposición hacia el ejercicio físico es una piedra de tope para iniciar un proceso de rehabilitación. Sin embargo, los estudios en el área del dolor crónico han avanzado, y actualmente las intervenciones permiten adaptar el cerebro de las personas antes de someterlas a un plan de ejercicio físico. A continuación, se explican las bases neurofisiológicas de estas intervenciones.

### **2.1. Educación basada en neurociencias**

La educación basada en neurociencias (EBN) se define como una estrategia terapéutica educativa, la cual aborda al paciente desde una mirada biopsicosocial. Consiste en sesiones personales o grupales sobre la explicación de la neurobiología del dolor y su procesamiento en el sistema nervioso central, considerando aspectos biológicos y cognitivos (Louw & Puentedura, 2013; Amarins et al., 2017). Es así como esta estrategia busca disminuir la intensidad de dolor y los aspectos psicoafectivos relacionados a él, como el miedo al movimiento o kinesiofobia y la catastrofización (Louw & Puentedura, 2013; Louw et al., 2011). Por lo tanto, la intención de la EBN es reconceptualizar el dolor hacia los pacientes y que lo perciban como un procesamiento normal del sistema de la amenaza de una posible lesión real o potencial, en lugar de una medición precisa de un estado real de un tejido (Louw et al., 2011).

La investigación experimental en esta área se ha desarrollado exponencialmente a lo largo de las últimas décadas en diferentes condiciones de dolor crónico (Malfliet et al., 2018; Andias et al., 2018; Bodes Pardo et al., 2018; Malfliet et al., 2017). Recientes revisiones sistemáticas han sido consistentes en demostrar que la EBN disminuye la intensidad de dolor, miedo al movimiento, catastrofización y discapacidad (Louw et al., 2016; Watson et al., 2019; Cuenda-Gago & Espejo-Antúnez, 2017). Además de disminuir el estado de hiperexcitabilidad o hipersensitivo del sistema nervioso central (Cuenda-Gago & Espejo-Antúnez, 2017). Por lo anterior, es de vital importancia entender esta herramienta terapéutica para el manejo clínico en pacientes con FM. Desde el punto de vista del funcionamiento cortical, Louw et al. (2011) demostró que posterior a sesiones individuales, de EBN disminuye la actividad cerebral, evaluada con resonancia magnética funcional en zonas relacionadas con el procesamiento del dolor, tales como; corteza somato sensorial, corteza cingulada y circuitos meso-límbicos (Louw et al., 2016; Moseley, 2005) Por lo tanto, hay una relación directa entre cambios funcionales cerebrales y mejorías en outcomes clínicos en pacientes con dolor crónico.

Respecto a la aplicación de la EBN, existen al menos dos métodos de aplicación, de forma individual uno a uno y sesiones grupales (Moseley et al., 2004). En relación a lo anterior, algunos estudios han demostrado que las sesiones individuales pueden tener mayor efecto en comparación a las grupales, debido

a que el procesamiento y entendimiento del dolor es individual y las vías corticales que procesan la nocicepción son influenciadas por experiencias personales, individuales y emocionales, creando una percepción única e individual del evento (Moseley, 2003; Van Oosterwijck et al., 2011; Ryan et al., 2010). Así mismo, la forma de realizar la educación es variable y depende de los recursos disponibles. Generalmente, las sesiones educativas están acompañadas de imágenes preparadas en relación al dolor, ejemplos metafóricos, dibujos, tareas de lectura y cuestionarios de neurofisiología del dolor realizados por un fisioterapeuta (Butler & Moseley, 2013). Por otro lado, en relación al tiempo de realización, la evidencia ha demostrado ser variable en la duración y tiempo (Louw et al., 2016). Algunos estudios han mencionado que el tiempo de realización va desde los 30 minutos (Van Oosterwijck et al., 2011; Ryan et al., 2010; Butler & Moseley, 2013; Meeus et al., 2010) hasta las cuatro horas de duración, dependiendo de los requerimientos del paciente, siendo al menos una vez a la semana (Moseley, 2003).

El contenido educativo de las sesiones de EBN va enfocado en materias específicas relacionadas al dolor (Van Oosterwijck et al., 2011; Butler & Moseley, 2013). En resumen, estas pueden incluir: neurofisiología del dolor, nocicepción versus dolor, vías nociceptivas del dolor, potenciales de acción, sensibilización central, plasticidad del sistema nervioso central.

Es importante considerar que, al momento de aplicar la intervención educativa, se eviten utilizar palabras estructuralistas o anatómicas como “daño”, “rotura”, “herniación”, ya que estas formas de comunicación generan creencias, amenazas y puede aumentar el nivel de catastrofización de pacientes (Louw et al., 2016). Básicamente, este modelo educativo biopsicosocial, busca mejorar la comunicación y entender al/la paciente, por lo tanto, una pregunta correcta sería: “¿Qué crees que le pasa a tu espalda?”, “¿Qué piensas que te duele?”, para comenzar a introducir los términos neurofisiológicos explicativos del dolor.

Por último, es importante considerar que la EBN no es sólo hablar, existen fundamentos contundentes desde sus efectos clínicos como en el funcionamiento cerebral. Sin embargo, es importante considerar algunos factores que pueden influir en el éxito terapéutico de esta herramienta. En primer lugar, el tiempo en los servicios de salud, hacen dificultosa la aplicación de forma completa y eficaz, sin embargo, existen estrategias de folletos e ilustraciones autoexplicativas que puede ser útiles en estos escenarios complejos. En segundo lugar, el factor más relevante es el nivel sociocultural de los pacientes, que pueda afectar los resultados (Samuels, 2009). Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo menor y la edad, afecta los circuitos de aprendizaje en el hipocampo en este tipo de sujetos (Samuels, 2009; Cotrena et al., 2016). Por lo tanto, impacta directamente la predisposición y la adherencia al tratamiento de los pacientes a seguir las sesiones educativas.

## 2.2. Imaginería Motora Graduada

La imaginería motora graduada (IMG), es una herramienta terapéutica que se ha utilizado en diferentes condiciones de dolor crónico y sensibilización central (Moseley, 2004; Bowering et al., 2013; Méndez-Rebolledo et al., 2017; Araya-Quintanilla et al., 2020). Esta se compone de tres diferentes etapas; entrenamiento de lateralidad, imaginería de movimiento y terapia en espejo (Moseley et al., 2012). El objetivo de la IMG es facilitar la reorganización de la corteza sensorial y motora producto de la sensibilización del sistema nervioso central y percepción de dolor de un sujeto (Moseley et al., 2012; Lagueux et al., 2018).

Actualmente, existen algunos estudios que han evaluado los efectos de la IMG o algunas de sus etapas en diferentes sujetos con dolor crónico (Araya-Quintanilla et al., 2020; Louw et al., 2017; Hoyek et al., 2014; Başkaya et al., 2018). Los resultados muestran que este tipo de estrategia terapéutica reduce los niveles de catastrofización, miedo al movimiento e intensidad de dolor producto de la sensibilización central, en diferentes grupos de pacientes con dolor crónico.

Respecto a las etapas de la IMG, cada una de ellas tiene efectos y mecanismos diferentes de acción en el sistema nervioso central. En primer lugar, el entrenamiento de lateralidad se define como un proceso introductorio de reconocimiento de segmentos corporales, esta etapa ha demostrado mejorar la exactitud de la representación cortical del cuerpo (Moseley, 2004). Posteriormente, viene la fase de imaginería de movimiento o mental, que busca imaginar movimientos con una extremidad afectada sin generar la tarea motora. Lo anterior, ha demostrado activar la corteza motora y pre-motora, de forma similar cuando se ejecutan movimientos activos sin alcanzar umbrales motores que provoquen dolor en la extremidad (Kranczoch et al., 2009; Munzert et al., 2009). Finalmente, se progresa con terapia espejo, esta etapa genera movimientos a través de un espejo reflejando la extremidad no afectada, con el fin de simular movimientos con la extremidad lesionada. Se ha demostrado que genera activación del área motora suplementaria, corteza promotora y activación de los ganglios basales. Estos hallazgos proporcionan un feedback sensorial cortical importante para generar una conexión neural y cortical cuando los movimientos son ejecutados (Lagueux, 2018; Hétkuk et al., 2013; Filimon et al., 2007). Las tres etapas se aplican de la siguiente manera:

**Entrenamiento de lateralidad:** en esta etapa el/la paciente se entrena observando segmentos corporales del cuerpo izquierdos y derechos en diferentes posiciones en imágenes ilustradas en una aplicación llamada Recognise, creada por el grupo NOI (Neuro Orthopaedic Institute) (Wajon, 2014). La aplicación guarda la exactitud de aciertos y el tiempo de respuesta en el reconocimiento de imágenes. Para comenzar siempre se recomienda utilizar el set de 20 imágenes

modificando el contexto según el paciente, entrenando esta etapa 30 minutos al día según a tolerancia del/la paciente.

**Imaginería de movimiento:** en esta etapa, el/la paciente progresa a imaginar movimientos con el segmento lesionado. El objetivo es prepararlo/la para el movimiento. Las instrucciones exactas son: “Imagina tu segmento corporal en posturas o movimientos que te gustaría realizar sin mover su extremidad.” Otra variación de esta técnica es decirle: “Cierra los ojos y realiza movimientos con el segmento sano e imagina mentalmente que lo estás haciendo con el segmento corporal afectado”. Para apoyar esta etapa, también se pueden utilizar imágenes o ilustraciones de movimientos. Se recomienda realizar las imágenes de movimientos durante 20 minutos y repetir el proceso dos veces al día.

**Terapia espejo:** en esta etapa, se realizan movimientos con un espejo en donde se refleja el segmento corporal sano. Se le indica al paciente que observe en el espejo su segmento corporal y realice movimientos con el segmento no afectado. Esto crea una ilusión, que el segmento corporal afectado se puede mover libre de dolor. Generalmente se prescribe una vez al día con una duración de 10 a 30 minutos, según la tolerancia o sensibilidad del paciente (Samuels, 2009). En una fase avanzada, se le solicita al/la paciente que realice los mismos movimientos pero que, además, incorpore movimientos con el segmento afectado. Sin embargo, va a depender del estado de sensibilización y tolerancia de cada sujeto.

Cabe destacar que cada etapa se debe respetar para realizar el programa completo y obtener los efectos deseados. Sin embargo, va a depender de la disponibilidad de los recursos instrumentales y del tiempo para poder realizarlo.

### 2.3. Actividad física y ejercicio

La inactividad física y el comportamiento sedentario han demostrado ser un problema de salud mundial, generando problemas sanitarios como enfermedades cardiovasculares, depresión, cáncer, diabetes, entre otras (Centers for Disease Control and Prevention, 2016; Pedersen, 2009). Sin embargo, en el último tiempo algunas investigaciones han asociado la inactividad física con el desarrollo de dolor. Landmark et al. demostraron que 4.219 sujetos que tenían niveles moderados de actividad física reportaban menos dolor muscular esquelético (Landmark et al., 2011; Landmark et al., 2013; Zhang et al., 2015).

La prescripción de ejercicio para el dolor crónico es un tratamiento efectivo para la mayoría de los pacientes con esta condición y ha sido evidenciada su efectividad en reducir la discapacidad y los costos en los cuidados de salud (Hoeger Bement & Sluka, 2016; Hurley et al., 2012). A pesar de esto, una sobrecarga aguda de ejercicio puede exacerbar el dolor en sujetos con dolor crónico.

Por ejemplo, se ha reportado que ejercicios de extremidad superior al llegar a la fatiga incrementa el dolor en tres puntos en la escala numérica en pacientes mujeres con fibromialgia (Dailey et al., 2015). Es por esto, que sujetos con dolor crónico son generalmente menos activos o tienen comportamiento sedentario que controles sanos (Ellingson et al., 2012; Lin et al., 2011; McLoughlin et al., 2011). De la misma forma, se han establecido los mecanismos neurales porque las/los pacientes con menos actividad física son más propensos a generar dolor (Sluka et al., 2018). Las células del sistema nervioso central que facilitan o inhiben las señales nociceptivas, se encuentran en la médula ventromedial rostral, en condiciones sedentarias, aumenta la fosforilación de los canales NMDA facilitación la señalización sináptica de nocicepción (Da Silva et al., 2010; Xu et al., 2007). De la misma forma, en estas condiciones existe menos activación de opioides para bloquear receptores Mu, que modularían la actividad sináptica (Tour et al., 2017). Por el contrario, sujetos físicamente activos al liberar el sistema opioide, genera mayores receptores Mu que desencadenan señalizaciones para bloquear la actividad sináptica de los receptores NMDA, por lo tanto, bloquear la facilitación de la nocicepción (Lima et al., 2017).

Respecto a la influencia del ejercicio en el sistema inmune, modula sistemáticamente el rol en el sistema nervioso central (Sluka et al., 2018). En condiciones sedentarias, existe mayor proliferación de citoquinas inflamatorias y menos antiinflamatorias. Sin embargo, al realizar actividad física las citoquinas antiinflamatorias reducen la actividad nociceptiva previniendo el dolor (Dina et al., 2011; Zheng et al., 2014).

Los sujetos con FM muestran descargas constantes de citoquinas inflamatorias en el sistema circulatorio. En contraste, realizar un programa de ejercicio acuático de 4 a 8 meses disminuye la descarga de citoquinas inflamatorias como IL-8, IL-1B y factor de necrosis tumoral alfa (Bote et al., 2013a; 2013b; Ortega et al., 2012). En el sistema nervioso central, las células gliales juegan un rol fundamental en la modulación inflamatoria y proinflamatoria en condiciones de dolor y se ha reportado que la actividad física regular y ejercicio reduce la activación glial y aumenta la proliferación de citoquinas antiinflamatorias en el hasta dorsal de la médula espinal (Milligan, Watkins, 2009; Bobinski et al., 2018; Grace et al., 2016).

Respecto a la prescripción de ejercicio, se ha evidenciado que el ejercicio aeróbico realizado de 20 a 60 minutos, al menos dos veces por semana durante seis semanas puede ser suficiente para impactar positivamente en síntomas y la funcionalidad en sujetos con dolor crónico (Busch et al., 2007; O'Connor et al., 2015). De la misma forma, ejercicios en agua con resistencia mejora el dolor y la función en dolor crónico musculoesquelético (Barker et al., 2014). Realizar recomendaciones y dosificación exacta para pacientes con dolor crónico es difícil y aun es debate en la literatura (Fransen et al., 2015; Hayden et al., 2005). Ya que las necesidades y presentaciones clínicas son individuales en cada sujeto

y varían de acuerdo a los subgrupos específicos de cada condición clínica. Sin embargo, el American College of Sport Medicine recomiendan realizar ejercicios en bajas dosis (Garber et al., 2011). En la práctica clínica, la intensidad del ejercicio es más útil monitorearla con la escala de Borg y combinarla con la frecuencia cardíaca (Demoulin et al., 2010). En relación a esta última, se ha evidenciado que el ejercicio aeróbico debería realizarse de baja a moderada intensidad, vale decir, del 40 a 70% de la máxima frecuencia cardíaca. Para los ejercicios de resistencia de baja a moderada intensidad, al 40 a 60% de una repetición máxima, esto ha demostrado ser efectivo para generar cambios positivos en dolor crónico musculoesquelético (Bennell & Hinman, 2011; Kristensen & Franklyn-Miller, 2012).

Lo anteriormente expuesto, ha sido validado en nuestro protocolo de tratamiento multicomponente recientemente publicado (Araya-Quintanilla et al., Gutiérrez-Espinoza, Muñoz-Yáñez, 2020). Actualmente, se encuentra en la fase experimental, esperando los resultados de las mediciones finales.

### 3. Fundación Rehabilitar

Fundación Rehabilitar es una organización civil sin fines de lucro que brinda tratamiento multidisciplinario a pacientes con FM. Se creó en el año 2013 tras el trabajo realizado en una agrupación de mujeres con FM de la comuna de Maipú, en Santiago de Chile, y se constituye de forma legal en agosto del 2015, reclutando a un grupo de profesionales de diversas áreas de la salud tales como: kinesiología, nutrición, medicina, terapia ocupacional y terapias complementarias.

El trabajo realizado durante el 2013 con las pacientes de la agrupación permitió observar que el tratamiento médico prescrito se basaba en farmacología (antiinflamatorios no esteroideos, paracetamol, amitriptilina, fluoxetina, sentralina, duloxetina, pregabalina, tramadol e ibuprofeno) con el objetivo de disminuir el dolor, sin embargo, al aplicar el cuestionario de funcionalidad y calidad de vida en fibromialgia (FIQ-R Fibromyalgia Impact Questionnaire) este reportó resultados elevados, indicando que la calidad de vida de estas pacientes se encontraba disminuida, por lo tanto, esta información sentó las bases para proponer un protocolo de tratamiento que fuera más allá de la farmacoterapia.

Al comenzar el protocolo propuesto por el equipo de Fundación Rehabilitar algunas pacientes se encontraban con asistencias técnicas, por ejemplo: cuello ortopédico, bastón y silla de ruedas, cuando se les consulto por qué los utilizaban la respuesta fue: “para evitar el movimiento y así descansar del dolor”. Observando el comportamiento de miedo al movimiento, catastrofismo de su dolor, ideas equivocadas respecto de la condición de salud, sumado al deterioro en la calidad del sueño y fluctuaciones del ánimo, por lo tanto, el primer objetivo fue disminuir creencias asociadas al cuadro clínico, razón por la cual

el tratamiento comenzó con un programa de educación del dolor basado en neurociencias más la prescripción de ejercicio físico aeróbico de baja intensidad. Tras nueve meses de terapia, las pacientes que terminaron el tratamiento disminuyeron los puntajes en el FIQ, reportaron que entendían más acerca de la FM y consideraban que la calidad de vida les había mejorado, y aquellas que utilizaban algún apoyo técnico dejaron de usarlo.

De esta manera, en el año 2015 se formaliza Fundación Rehabilitar, institución que ofrece a personas con FM tratamiento multicomponente con bases en la evidencia científica actual (Bourgault et al., 2015; Häuser et al., 2009; Papadopoulou et al., 2016).

A continuación, se presentan algunos indicadores obtenidos en el trabajo terapéutico en la Fundación, así como el perfil clínico y sociodemográfico de sus pacientes. Esto, con el fin de establecer información base para quienes se embarquen en la rehabilitación física de personas con FM.

Desde el año 2014 a 2018 en Fundación Rehabilitar se han evaluado 493 pacientes con diagnóstico clínico de FM. El rango etario por año va desde un promedio de 43.9 ( $\pm 10.7$ ) a 47.5 ( $\pm 9.7$ ). Las medias de Índice de masa corporal y de impacto de calidad de vida por años se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5  
Características etarias, estado nutricional y calidad de vida de pacientes en Fundación Rehabilitar entre 2014 y 2018

|                            | Promedio año<br>2014<br>(DE) | Promedio año<br>2015<br>(DE) | Promedio año<br>2016<br>(DE) | Promedio año<br>2017<br>(DE) | Promedio año<br>2018<br>(DE) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Edad                       | 47.5 (9.7)                   | 46.6 (11.9)                  | 44.7 (10.7)                  | 46.6 (12.1)                  | 43.9 (10.7)                  |
| IMC (kg/mts <sup>2</sup> ) | 27.5 (4.4)                   | 28.5 (4.4)                   | 28.3 (4.2)                   | 28.4 (4.6)                   | 28.3 (4.9)                   |
| FIQ-R                      | 71.3 (12.2)                  | 77.11 (4.6)                  | 70.4 (16.5)                  | 71.6 (11.8)                  | 71.3 (11.5)                  |

DE = Desviación Estándar

Por otra parte, la Tabla 6 muestra que la cantidad de mujeres que se han atendido en este período es notablemente mayor que la cantidad de hombres.

Tabla 6  
 Porcentaje de pacientes evaluados en Fundación Rehabilitar según sexo,  
 entre 2014 y 2018

|                                     | <b>Total<br/>Evaluados (n°)</b> | <b>Mujer<br/>n° (%)</b> | <b>Hombre<br/>n° (%)</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| <b>Pacientes<br/>evaluados 2014</b> | 139                             | 138<br>(99,28%)         | 1<br>(0,72%)             |
| <b>Pacientes<br/>evaluados 2015</b> | 82                              | 80<br>(97,56%)          | 2<br>(2,44%)             |
| <b>Pacientes<br/>evaluados 2016</b> | 131                             | 126<br>(96,18%)         | 5<br>(3,8%)              |
| <b>Pacientes<br/>evaluados 2017</b> | 91                              | 90<br>(98,9%)           | 1<br>(1,1%)              |
| <b>Pacientes<br/>evaluados 2018</b> | 50                              | 48<br>(96%)             | 2<br>(4%)                |

Por último, el perfil de las y los pacientes con FM es diverso y presentan diferentes comorbilidades que coexisten con la condición de dolor crónico. En el período mencionado se evaluaron las comorbilidades, y se encontró que dentro de las patologías más frecuentes se presentan la hipertensión arterial (38) y diabetes mellitus (20), entre otras condiciones como enfermedades ginecológicas y obstétricas (síndrome pre menstrual, ovario poliquístico, endometriosis y mioma uterino) (Tabla 7).

Tabla 7  
Comorbilidades de pacientes en fundación rehabilitar durante los años 2014 a 2018

|                                      | HTA<br>n° (%) | DM<br>n° (%)   | Asma<br>n° (%) | Tabaquismo<br>n° (%) | Alcoholismo<br>n° (%) | Adicciones<br>n° (%) | Enfermedades<br>Reumáticas<br>n° (%) | HTA y<br>DM<br>n° (%) | Sin<br>Patología<br>n° (%) | Otras<br>n° (%) |
|--------------------------------------|---------------|----------------|----------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|
| Porcentaje<br>comorbilidades<br>2014 | 13<br>(9,35%) | 14<br>(10,07%) | 1<br>(0,72%)   | 1<br>(0,72%)         | 1<br>(0,72%)          | -                    | 8<br>(5,7%)                          | 6<br>(4,32%)          | 41<br>(29,50%)             | 45<br>(32,37%)  |
| Porcentaje<br>comorbilidades<br>2015 | 5<br>(6,02%)  | 1<br>(1,20%)   | -              | 8<br>(9,64%)         | -                     | -                    | 3<br>(3,61%)                         | 1<br>(1,20%)          | 13<br>(15,66%)             | 51<br>(61,45%)  |
| Porcentaje<br>comorbilidades<br>2016 | 3<br>(2,36%)  | 3<br>(2,36%)   | -              | 4<br>(3,15%)         | -                     | 15<br>(11,81%)       | 7<br>(5,51%)                         | 8<br>(6,30%)          | 51<br>(40,16%)             | 34<br>(26,77%)  |
| Porcentaje<br>comorbilidades<br>2017 | 8<br>(8,89%)  | 1<br>(1,11%)   | 1<br>(1,11%)   | -                    | -                     | -                    | -                                    | 3<br>(3,33%)          | 40<br>(44,44%)             | 30<br>(33,33%)  |
| Porcentaje<br>comorbilidades<br>2018 | 9<br>(18%)    | 1<br>(2%)      | 1<br>(2%)      | 11<br>(22%)          | -                     | -                    | 1<br>(2%)                            | 1<br>(2%)             | 13<br>(26%)                | 11<br>(22%)     |

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus;  
HTA y DM: hipertensión arterial y diabetes mellitus

### 3.1. Protocolo de tratamiento en Fundación Rehabilitar

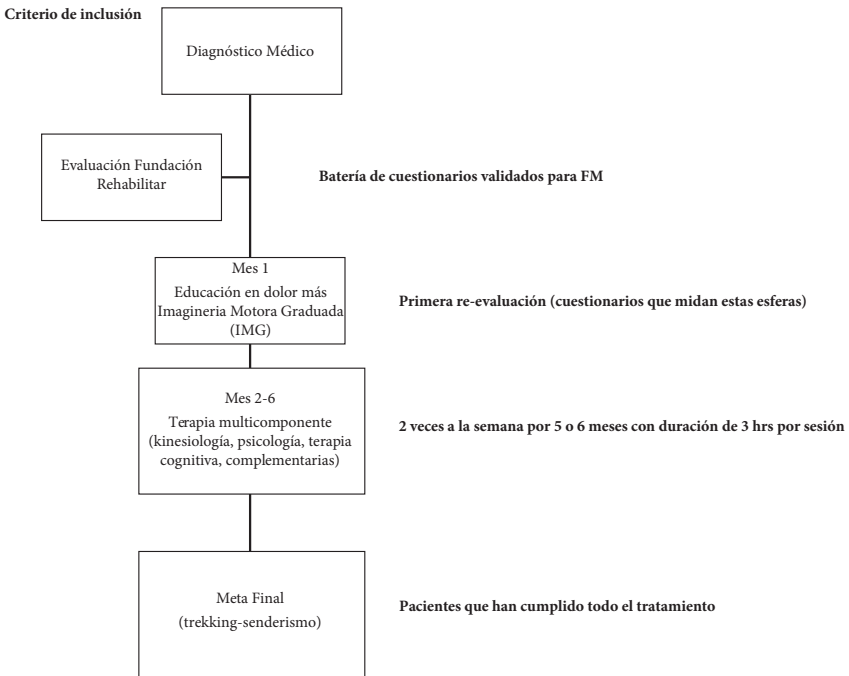
Uno de los desafíos a corto plazo de Fundación Rehabilitar es instaurar políticas de investigación que permitan informar y difundir en la comunidad de profesionales, pacientes y familiares, sobre los avances en diagnóstico, prevención y tratamiento en FM.

A través de la experiencia realizada los últimos cinco años, la terapia multi-componente ha demostrado ser un tratamiento efectivo para pacientes con FM (Bourgault et al., 2015; Ministerio de Salud, 2016). Sin embargo, los antecedentes multifactoriales de la condición clínica y la variedad en el comportamiento sintomático hacen difícil estandarizar un protocolo óptimo y específico de tratamiento. Además, existe poco consenso en la literatura respecto al tipo y/o dosis de ejercicio físico, no consideran la educación de neurociencias del dolor e imagería motora graduada como herramientas terapéuticas para este tipo de pacientes, que han demostrado ser efectivas en pacientes con dolor crónico (Moseley, 2004).

Por otro lado, cada paciente que ingresa a Fundación Rehabilitar debe presentarse con el diagnóstico médico, posteriormente son llamados para una evaluación clínica basada en una ficha que contiene cuestionarios validados para

la FM, se incluyen: 1) Criterios diagnósticos ACR, 2) Mini mental (MMSE), 3) Índice de sensibilización central, 4) Cuestionario funcionalidad y calidad de vida FIQ-S, 5) Cuestionario sobre nivel de actividad física (GPAQ), 6) Escala de catastrofización, 7) Escala numérica del dolor, 8) Cuestionario de miedo al movimiento, 9) Índice de calidad del sueño de pittsburgh (PSQI).

Figura 4  
Flujograma Fundación Rehabilitar



Una vez evaluados y analizados por el equipo de profesionales clínicos, se selecciona a aquellos que se encuentran aptos para la terapia, quedando excluidas personas con depresión mayor, dolor crónico de origen oncológico y pacientes con comorbilidades no controladas, estos pacientes son informados y derivados a otros establecimientos de salud.

La primera fase de tratamiento consiste en EBN más IMG. El objetivo de ambas terapias es facilitar la reorganización de la corteza sensorial y motora y disminuir el dolor y mejorar la función musculoesquelética. (Moseley, 2004; Moseley et., al 2012; Walz et al., 2013). La EBN está dirigida a enseñar a los pacientes acerca de neurobiología, neurofisiología y representación del dolor en

el SNC, esta primera fase de la terapia dura un mes (Malfiet et al., 2017). Finalizada esta intervención comienzan terapias de rehabilitación en forma simultánea, ejercicio aeróbico, psicología con terapia cognitivo conductual, nutrición, terapia cognitiva guiada por fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales. Existe una semana de terapias complementarias que consiste en yoga (kundalini), baile entretenido y charlas motivacionales. Cada mes se dicta una charla educativa abierta a la comunidad con pacientes, profesionales de la salud, estudiantes de la salud y familiares de personas que tengan FM, invitando a médicos y profesionales de la fundación para exponer en qué consiste y la importancia de la terapia multicomponente. Al completar un mínimo de seis meses son reevaluadas y el personal de salud expone los resultados a cada una de las usuarias con el fin de identificar avances.

Al finalizar cada tratamiento se realiza una actividad recreativa que consiste en un trekking y posteriormente una ceremonia de alta clínica, donde se entrega un diploma de reconocimiento por haber completado el programa de terapia multicomponente.



## CAPÍTULO 10

### Conclusiones

#### Autoría de equipo docente

A lo largo de este libro hemos realizado un análisis crítico y fundamentado de un problema de salud que ha sido médicamente institucionalizado en el diagnóstico clínico de fibromialgia. Nuestro análisis, construido desde la colaboración de distintas voces expertas, está sostenido en un arduo proceso de estudio de la evidencia empírica y profundas discusiones interdisciplinarias sobre este fenómeno complejo, relevante, inquietante y desafiante. Hemos intentado abarcar sus diversas aristas, aunque indudablemente resulta imposible aprehender a cabalidad un fenómeno de tal multidimensionalidad, es como intentar abarcar con una sola mirada todos los lados de un polígono. Se necesitan múltiples miradas desde distintos ángulos, comunicadas entre sí, para levantar un conocimiento pleno de la compleja figura y eso es lo que hemos hecho en esta obra, conscientes de que, aun así, han quedado muchos lados del polígono sin mirar.

Hemos intentado explicar un problema que afecta sobre todo a las mujeres, y se expresa en el cuerpo, pero también en la psiquis y en las emociones. Impacta en la vida de las personas que lo padecen, pero también en la de su familia y amistades, así como en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, el trabajo, el hogar, la vida social. Afecta la economía de la familia, desgasta las energías, conlleva riesgos de enfermar más aún, desarma las proyecciones a futuro, dificulta la planificación, produce incertidumbre, miedo, frustración, tristeza, pudiendo llevar a estigmas sociales y discriminación.

Se afirma frecuentemente que la FM “no tiene causa orgánica”, intentando explicar por qué el abordaje médico no es resolutivo, sin embargo, esta frase pierde sentido cuando se comprende la complejidad del origen de la FM. Así, mientras científicos y científicas han intentado, sin éxito, encontrar marcadores biológicos para nutrir protocolos médicos que permitan hacer el diagnóstico clínico de manera objetiva, en paralelo, profesionales de las ciencias sociales buscan el origen en los contextos sociales, culturales e históricos, indagando en los procesos de vida y subjetividades. Se han encontrado múltiples factores asociados, en arenas biológicas se han develado factores genéticos y anomalías en el sistema nervioso; en arenas psicosociales se han encontrado factores de estrés crónico contenidos en contextos de vulnerabilidad social y de género. Sin embargo, existe una especie de muro entre ambos campos disciplinarios que impide conectar el cuerpo con la sociedad, cada disciplina ha intentado hacerse

cargo de una parte de la respuesta, desmembrando el cuerpo en múltiples objetos de estudio, sometiéndolo a la especialización del conocimiento científico.

Desde los inicios de la psicología, en tanto ciencia, la disciplina ha constatado la relación entre el cuerpo y la psiquis, y plantea la corporeidad como producto de las relaciones sociales y de la historia social del sujeto, mediada a través del inconsciente. La constitución psíquica de los sujetos desempeña un papel determinante en su complejidad física, y a su vez, tiene relación con el proceso de socialización, con su historia personal y social: “en la vida psíquica la conservación de lo pretérito es la regla más bien que una curiosa excepción” (Freud, 1930:9). Esta perspectiva nos lleva también a cuestionar el reduccionismo biológico en la comprensión del proceso salud-enfermedad y la perspectiva dualista en el abordaje del mismo, que asume que cuerpo y psiquis son componentes del ser que no dialogan entre sí.

Las manifestaciones del cuerpo hablan sobre la manera como ven los sujetos el mundo, sus intereses, significados y valoraciones, de las experiencias que han tenido, de cómo ha sido su vida cotidiana, y con ello, habla de cómo es el lugar donde nacieron y se desarrollaron, de su sociedad. La historia de vida de una persona se refleja en los padecimientos de su cuerpo, en su salud y su enfermedad. Así también y, por consecuencia, el cuerpo refleja el cómo y dónde se sitúa una persona en la sociedad, en él se vislumbran efectos de su vida laboral, familiar y social, tanto si es rico o es pobre, es hombre o es mujer, por tanto, finalmente, el cuerpo es también un reflejo de las desigualdades sociales y de género (Pujal i Llobart & Mora, 2013).

Con todo, creemos que el cuerpo es un reflejo de cómo se organiza la estructura social, es un unificador de individuo y sociedad, en cuanto constituye una expresión de la sociedad, sus valoraciones, significados, creencias, ideologías, representaciones e incluso, su historia. “El cuerpo no es un dato anterior a la historia, ya que tanto la percepción y el conocimiento que tenemos del mismo, como su propio desarrollo se construye en condiciones históricas.” (Izquierdo, 2004:115).

Bajo esta mirada, el abordaje de la salud y la enfermedad no puede ser sino integral y para serlo debe ser interdisciplinario. Ciencias médicas-biológicas y ciencias sociales-humanidades deben romper el muro que les impide trabajar juntas y reconceptualizar colaborativamente su objeto de estudio: la salud humana, y así comenzar a recorrer el mismo camino hacia el bienestar de la humanidad.

El equipo de profesionales que ha escrito este libro ha querido deconstruir la forma convencional de abordar el fenómeno de la FM, haciendo un esfuerzo importante para desapropiarnos de los propios sesgos disciplinarios, abrir las puertas del entendimiento y aprender a incorporar nuevas conceptualizaciones, perspectivas e hipótesis, que provienen de campos de conocimientos desconocidos para cada uno de nosotros y nosotras, afrontando conscientemente la trampa del “especialicismo” que impone barreras, haciéndonos pensar que no

tenemos la capacidad para comprender lo que ocurre fuera de nuestro dominio epistemológico. Hemos querido confiar en la habilidad humana incansable de aprender, pensando que nuestro pozo de conocimiento no tiene fondo, quitando el filtro disciplinario con el que normalmente lo cubrimos. Sabemos que la contribución de este libro es sólo una pieza de un gran puzle, pero también sabemos que es una pieza clave, que permitirá visualizar el paisaje y favorecer el encaje de nuevas piezas. Creemos haber alcanzado en esta obra un grado de conciliación entre lo biológico y lo social, y pensamos que es uno de los grandes logros de nuestro trabajo.

Abordar la FM en sus múltiples dimensiones interconectadamente permite dar cuenta de que las soluciones deben incluir una respuesta clínica, pero también una respuesta social, esto es, 1) medidas de atención sanitaria que apuntan al individuo, el caso, y 2) medidas estructurales que tienen un impacto poblacional. No solucionaremos el problema de la FM resolviéndola caso a caso, aunque ese es el enfoque clínico que requiere para terminar con el sufrimiento de las personas que la padecen; tampoco la reduciremos afrontando el estrés que viene en el tiempo desencadenando los síntomas, aunque es efectivamente la causa más evidente que hemos podido encontrar y hasta ahora la estrategia más efectiva; no terminaremos con el problema de la FM incrementando las posibilidades de acceso a medicamentos, mejorando la adherencia y la asertividad del tratamiento, incluso aunque esté en manos de un equipo interdisciplinario altamente capacitado. De la misma manera como el cólera fue erradicado del país con medidas estrictas de saneamiento ambiental y el tabaquismo se ha logrado reducir con medidas de control ambiental e impuestos, la prevalencia de FM disminuirá si actuamos pensando en estrategias poblacionales, es decir, estructurales. Sin embargo, la relación de la FM con sus factores de riesgo no es tan nítida como el cólera con el uso de aguas servidas en los cultivos de hortalizas o la enfermedad pulmonar con el tabaquismo, la FM es un problema de salud que se origina en la subjetividad construida socialmente, y particularmente la subjetividad de género. Aunque tiene una predisposición genética, se desencadena en la interacción del sujeto con la sociedad, y si pensamos en medidas poblacionales tendremos que pensar en maneras de impactar en dicho proceso de construcción social de la subjetividad.

Así, la FM es también un asunto antropológico y prevenirla es un problema cultural. Un ejemplo concreto podemos observar a partir de la mirada de un o una fisioterapeuta. Un importante porcentaje de pacientes con FM tiene también sobrepeso, obesidad y/o presenta desacondicionamiento físico, entonces la terapia física se torna compleja porque sabemos que la actividad física aeróbica es relevante para impactar al SNC, pero, ¿cómo hacerlo si la persona padeciente no tiene las condiciones básicas? Crear dichas condiciones en la etapa clínica es una respuesta con enfoque de caso, y aunque es resolutoria a nivel individual no lo es a nivel poblacional. Sin embargo, el sedentarismo y la kinesofobia son características de nuestra cultura, sobre todo en las mujeres, que se aprenden en

la infancia, en la casa, en la escuela, que radica en una educación que hace un flaco favor a la prevención de los Síndromes de Sensibilización Central.

En definitiva, la FM es una realidad que tiene su origen en lo biológico y en lo social. Si pensamos en darle solución, no podemos excluir un segmento de su etiología. Debemos pensar tanto en la existencia de predisposición genética (presencia de FM en la familia), en los factores activadores en la infancia (EAI) y en factores desencadenantes en la adultez. Entonces, vemos que sólo los factores activadores y desencadenantes son manejables, y ya es tarde cuando esperamos que sea la medicina la que se haga cargo de estos factores porque ya están ahí y sólo queda la aceptación de la cronicidad y la adherencia clínica y terapéutica. ¿Será entonces sensato entregar la batuta a la medicina en el abordaje de la FM?

Como equipo, creemos que estamos pisando un terreno sólido cuando intentamos vencer nuestros *egos* disciplinarios en favor de la salud humana. ¿Por qué no decirlo?, se trata de un desafío en marcha y no sin dificultades. El abordaje interdisciplinario es algo en permanente construcción. Estamos enunciando fuerte y claro que la FM es un problema real. Es un problema biológico, emocional, social, político y cultural, y además duele, por tanto, debemos enfrentarlo, desde nuestras miradas imbricadas, debemos investigarlo, construir conocimiento nuevo y reconceptualizarlo. Hemos descubierto que la abundancia de conocimiento puede ser una carencia cuando llena un solo espacio, cuando responde siempre la misma pregunta. En otras palabras la evidencia científica es una herramienta mas, no un fin en sí misma y hay que saber aplicarla.

El modelo explicativo lineal que falla al usarse para la comprensión de la enfermedad también falla al aplicarse en la terapia. La emergencia de un modelo interdisciplinario, biopsicosocial y con perspectiva de género, en el contexto de esta búsqueda terapéutica, puede entenderse como la necesidad de trascender hacia un modelo sistémico e integrado al estudiar a los organismos vivos y abordar sus problemas.

Al enfrentar desafíos complejos que involucran dimensiones conocidas y por conocer, nuestra invitación es a ampliar la mirada, incorporando no solo distintas teorías sino también diferentes actores. La interacción de estos últimos en un contexto adecuado y con una meta definida puede generar un tejido común a nivel valórico, teórico, técnico y afectivo, que luego se puede poner a disposición de otros y otras para entregar conocimiento, compañía, alivio, sostén, nutrición, reparación o lo que sea que requiera en un determinado momento de su historia.

A nivel de la clínica como campo de acción, creemos urgente avanzar hacia la humanización, la comprensión profunda del padecer humano, lo que implica necesariamente considerar la visión de las personas que padecen, tanto individual como colectivamente. Ahí radica el centro de todo quehacer dirigido a la recuperación de la salud. La búsqueda de estrategias que superen el monopolio de la ciencia en el manejo del padecer humano es un proceso eminentemente colectivo, deliberativo y horizontal. Este proceso no debe estar sólo dirigido a

la FM en particular, sino a la institución médica en su conjunto, sus supuestos y sus prácticas.

Proponemos rescatar la complejidad del sujeto en contraposición al reduccionismo biológico, realzar el carácter social del dolor. Un primer paso en este sentido es cuestionar la manera fragmentaria en que se aborda la enfermedad. Esta mirada reduccionista es indicada por la literatura como una de las fuentes principales de deshumanización (Castañeda et al., 2015; Dalla & Junges, 2013; Lizet Veliz et al., 2012; Sanches Marín, 2010). De cara al siglo XXI, es un imperativo moral para las y los profesionales de la salud contribuir a superar dicho reduccionismo, no sólo a nivel de la práctica clínica, sino que también a nivel social.

Un segundo paso es replantear la manera en que se genera la interacción entre terapeuta y sujeto que padece. Para ello debemos analizar el concepto de empatía. La concepción biomédica de la empatía se relaciona con la intersubjetividad; es decir, la relación entre dos subjetividades independientes y autónomas. Esto da la posibilidad de aceptar al otro como legítimo otro. En contraposición a esta concepción, proponemos una empatía basada en el campo transindividual. Esto quiere decir que hay un campo de subjetividad común previa de manera histórica y lógica a las subjetividades singulares, las que adquieren su ser y sentido sólo en virtud de su inscripción y referencia constante a él como fundamento (Pérez Soto, 2009); esto da la posibilidad no sólo de reconocer al otro —lo que propone la intersubjetividad—, sino de reconocerse en el otro. Hay un campo de subjetividad universal, en el cual se inscriben todas las subjetividades, y que está dado por las particularidades culturales de una época. Mi subjetividad se determina por un contexto histórico. No es que existan las subjetividades particulares; a la vez de su determinación propia, existe una subjetividad universal, dada por el contexto histórico en que estamos inmersos todos los individuos. Un modelo que sólo reconoce las subjetividades individuales sólo permite formas de intersubjetivas de relación. Aquí la empatía se manifiesta como “ponerse en el lugar del otro”, pero guardando distancia. Creemos que no se trata sólo de identificar en el otro un sujeto, sino también de reconocerse en el otro. Reconocernos como parte de una misma existencia, de un mismo contexto social.

Finalmente, es necesario proponer una reflexión en torno a cuál es el objetivo de la práctica clínica. Desde la perspectiva mecanicista de la modernidad, el esfuerzo terapéutico está dirigido a recuperar la capacidad productiva de manera rápida y eficiente. En contraposición a esta visión, proponemos integrar en el esfuerzo terapéutico todas las dimensiones humanas. Si entendemos de esta forma el quehacer sanitario, los esfuerzos deben centrarse en la recuperación holística del bienestar: de la capacidad creativa, afectiva, reflexiva y crítica de las personas, avanzando hacia una concepción del bienestar como producción social. Todos somos productores de salud, y por tanto la separación entre sano y enfermo es una dicotomía artificial.

Mejorar el escenario adverso y agravante en que se vive la FM no está únicamente en las manos del personal clínico, porque como vemos, se trata de una problemática que va más allá de la práctica clínica, mucho más allá del cuerpo y también de la mente. Creemos que podemos contribuir a visibilizar la realidad que subyace a las limitadas definiciones y estandarizaciones que comporta el paradigma biomédico hegemónico. También creemos que es nuestra responsabilidad develar y denunciar el desconocimiento, la ignorancia, la negación y no dejar que sea la industria farmacéutica o las instituciones de seguros sociales las que dicten los términos de la asistencia a nuestros pacientes.

Hemos visto reflejada a nuestra sociedad moderna en esta condición, ya sea en la frecuencia con que afecta a las mujeres o al detrimento en la salud del hombre, pero también en las consecuencias para toda la dimensión humana empobreciendo a la sociedad entera. Finalmente comprendemos lo fútil que sería aproximarnos a este problema con un sentido mecanicista sin antes intentar entender y reparar el tejido social que es el fundamento del ser humano. La FM es un ejemplo más de los problemas del humano posmoderno enraizado en una sociedad que se niega a corregir sus más profundos defectos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablin, J. N., & Wolfe, F. (2017). A Comparative Evaluation of the 2011 and 2016 Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 44(8), 1271-1276. <https://doi.org/10.3899/jrheum.170095>
- Abrantes, P. (2013). ¿Cómo se escribe la vida? Un estudio de la socialización a través del método biográfico. *Revista mexicana de sociología*, 439-464. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0188-25032013000300004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-25032013000300004&lng=es&nrm=iso)
- Acosta-Manzano, P., Segura-Jiménez, V., Estévez-López, F., Álvarez-Gallardo, I. C., Soriano-Maldonado, A., Borges-Cosic, M., Gavián-Carrera, B., Delgado-Fernández, M., & Aparicio, V. A. (2017). Do women with fibromyalgia present higher cardiovascular disease risk profile than healthy women? The al-Ándalus project. *Clinical and experimental rheumatology*, 35 Suppl 105(3), 61-67.
- Ahmed, S., Aggarwal, A., & Lawrence, A. (2019). Performance of the American College of Rheumatology 2016 criteria for fibromyalgia in a referral care setting. *Rheumatology international*, 39(8), 1397-1403. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04323-7>
- Alparslan, G. B., Babadağ, B., Özkaraman, A., Yıldız, P., Musmul, A., & Korkmaz, C. (2016). Effects of music on pain in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 35(5), 1317-1321. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-3046-3>
- Alvarez, P., Green, P. G., & Levine, J. D. (2013). Estrés in the adult rat exacerbates muscle pain induced by early-life estrés. *Biological psychiatry*, 74(9), 688-695. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.04.006>
- Aman, M.M., Jason Yong, R., Kaye, A.D. & Urman, R.D. (2018). Evidence-Based Non-Pharmacological Therapies for Fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 22(5), 33. <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0688-2>
- Amarins, J.W., Van Wilgen, C.P., Meeus, M., Nijs, J. (2017). Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain:

- The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*, 32(5), 368-84, doi: 10.1080/09593985.2016.1194651
- Amasyali, A.S.; Taştaban, E.; Amasyali, S.Y.; Turan, Y.; Kazan, E.; Sari, E.; Erol, B.; Cengiz, M. & Erol, H. (2016). Effects of low sleep quality on sexual function, in women with fibromyalgia. *International journal of impotence research*, 28(2), 46-49, doi: /10.1038/ijir.2015.31
- Anand K. J. (2000). Pain, plasticity, and premature birth: a prescription for permanent suffering?. *Nature medicine*, 6(9), 971-973. <https://doi.org/10.1038/79658>
- Anderson, B. & Meyster, V. (2018). Treatment of a Patient with Central Pain Sensitization Using Graded Motor Imagery Principles: A Case Report. *Journal of Chiropractic Medicine*, 17(4), 264-267, doi: 10.1016/j.jcm.2018.05.004
- Andias, R., Neto, M., Silva, A.G. (2018). The effects of pain neuroscience education and exercise on pain, muscle endurance, catastrophizing and anxiety in adolescents with chronic idiopathic neck pain: a school-based pilot, randomized and controlled study. *Physiother Theory Pract*, 34(9), 682-691
- Apkarian, A.V. (2008). Pain perception in relation to emotional learning. *Curr Opin Neurobiol.* 18(4), 464-468.
- Apkarian, A.V., Sosa, Y., Sonty, S., Levy, R.E., Harden, R.N., Parrish, T.B., Gitelman, D.R. (2004). Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci*, 24, 10410-10415.
- Araújo, F. M. & DeSantana, J. M. (2019). Physical therapy modalities for treating fibromyalgia. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-2030. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17176.1>
- Araya, C. (2006). La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX. *Revista Historia Universidad Católica de Chile*, (39), 5-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/historia/v39n1/arto1.pdf>
- Araya-Quintanilla, F., Gutiérrez-Espinoza, H., Muñoz-Yáñez, M.J. (2020). Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Martínez-Vizcaíno V. Effectiveness of a multicomponent treatment versus conventional treatment in patients with fibromyalgia: Study protocol. *Medicine (Baltimore)*, 99(4), e18833.
- Araya-Quintanilla, F., Gutiérrez-Espinoza, H., Muñoz-Yáñez, M., Rubio-Oyazún, D., Cavero-Redondo, I., Martínez-Vizcaíno, V., Álvarez-Bueno, C. (2020). The Short-term Effect of Graded Motor Imagery on the Affective Components of Pain in Subjects with Chronic Shoulder Pain Syndrome: Open-Label Single-Arm Prospective Study. *Pain Med*, pnz364.

- Arendt-Nielsen, L., Nie, H., Laursen, M.B., Laursen, B.S., Madeleine, P., Simonsen, O.H. et al. (2010). Sensitization in patients with painful knee osteoarthritis. *Pain*, 149(3), 573-81.
- Arnold, L.M., Bennett, R.M., Crofford, L.J., Dean, L.E., Clauw, D.J., Goldenberg, D.L., Fitzcharles, M.A., Paiva, E.S., Staud, R., Sarzi-Puttini, P., Buskila, D., Macfarlane, G.J. (2019). AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 20(6), 611–628, doi: 10.1016/j.jpain.2018.10.008
- Arnold, L.M., Clauw, D. J., McCarberg, B. H., & FibroCollaborative (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic proceedings*, 86(5), 457-464. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0738>
- Arnold, L.M.; Hudson, J.I.; Hess, E.V.; Ware, A.E.; Fritz, D.A.; Auchenbach, M.B.; Starck, L.O & Keck, P. E.Jr. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis and rheumatism*, 50(3), 944-952, doi: 10.1002/art.20042
- Arora, N., Gupta, A., & Reddy, S. B. (2017). Antinuclear Antibody and Subserology Testing in the Evaluation of Fibromyalgia: A Teachable Moment. *JAMA internal medicine*, 177(9), 1369-1370. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2776>
- Bagis, S., Tamer, L., Sahin, G., Bilgin, R., Guler, H., Ercan, B., & Erdogan, C. (2005). Free radicals and antioxidants in primary fibromyalgia: an oxidative stress disorder?. *Rheumatology international*, 25(3), 188-190. <https://doi.org/10.1007/s00296-003-0427-8>
- Baliki, M., Petre, B., Torbey, S. (2012). Corticostriatal functional connectivity predicts transition to chronic back pain. *Nature Neuroscience*, 15, 1117-1121
- Banfi, G., Diani, M., Pigatto, P. D., & Reali, E. (2020). T Cell Subpopulations in the Physiopathology of Fibromyalgia: Evidence and Perspectives. *International journal of molecular sciences*, 21(4), 1186. <https://doi.org/10.3390/ijms21041186>
- Barker, A. L., Talevski, J., Morello, R. T., Brand, C. A., Rahmann, A. E., Urquhart, D.M. (2014). Effectiveness of aquatic exercise formusculoskeletal conditions: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(9), 1776-1786.
- Barnes, M. (2015). Anticipatory Socialization of Pregnant Women: Learning Fetal Sex and Gendered Interactions. *Sociological Perspectives*, 187-203, doi: /10.1177/0731121414564883
- Başkaya, M.Ç., Erçalık, C., Karataş kır, Ö., Erçalık, T., Tuncer, T. (2018). The efficacy of mirror therapy in patients with adhesive capsulitis: A

- randomized, prospective, controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 31(6), 1177-1182.
- Batmaz, I., Sarıyıldız, M. A., Dilek, B., Inanır, A., Demircan, Z., Hatipoğlu, N., Atar, M., & Cevik, R. (2013). Sexuality of men with fibromyalgia: what are the factors that cause sexual dysfunction?. *Rheumatology international*, 33(5), 1265-1270. <https://doi.org/10.1007/s00296-012-2567-1>
- Bennell, K. L. & Hinman, R. S. (2011). A review of the clinical evidence for exercise in osteoarthritis of the hip and knee. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 14(1), 4-9.
- Bergenheim, A., Juhlin, S., Nordeman, L., Joelsson, M., & Mannerkorpi, K. (2019). Estrés levels predict substantial improvement in pain intensity after 10 to 12 years in women with fibromyalgia and chronic widespread pain: a cohort study. *BMC rheumatology*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/s41927-019-0072-9>
- Bernardy, K., Klose, P., Welsch, P., Häuser, W. (2017). Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain*, 22(2), 242-260, doi: 10.1002/ejp.1121.
- Betancourt, B. (16 de marzo de 2020). Lady Gaga Credits Her New Album for Helping Her Cope with Chronic Pain. *Bazaar*, Disponible en: <https://www.harpersbazaar.com/celebrity/latest/a31670045/lady-gaga-chromatica-album-helped-with-depression-ptsd/>
- Bilbeny, N. (2019). Dolor Crónico en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30, 397-406, doi: 10.1016/j.rmcl.2019.08.002.
- Bilbeny, N., Miranda, J.P., Eberhard, M.E., Ahumada, M., Méndez, L., Orellana, M.E., Cid, L., Ritter, P., Fernández, R. (2018). Survey of chronic pain in Chile – prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. *Scand J Pain*, 18(3), 449-456, doi: 10.1515/sjpain-2018-0076.
- Bjørklund, G., Dadar, M., & Aaseth, J. (2018). Delayed-type hypersensitivity to metals in connective tissue diseases and fibromyalgia. *Environmental research*, 161, 573-579. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.12.004>
- Blanco, I., Bérizte, N., Argüelles, M., Cárcaba, V., Fernández, F., Janciauskienė, S., Oikonomopoulou, K., de Serres, F. J., Fernández-Bustillo, E., & Hollenberg, M. D. (2010). Abnormal overexpression of mastocytes in skin biopsies of fibromyalgia patients. *Clinical rheumatology*, 29(12), 1403-1412. <https://doi.org/10.1007/s10067-010-1474-7>

- Bobinski, F., Teixeira, J.M., Sluka, K.A., Santos, A.R.S. (2018). Interleukin-4 mediates the analgesia produced by low-intensity exercise in mice with neuropathic pain. *PAIN*, 159, 437-50.
- Bodes Pardo, G., Lluch Girbés, E., Roussel, N.A., Gallego Izquierdo, T., Jiménez Penick, V., Pecos Martín, D. (2018). Pain Neurophysiology Education and Therapeutic Exercise for Patients With Chronic Low Back Pain: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 99(2), 338-347.
- Boehm, K., Raak, C., Cramer, H., Lauche, R., & Ostermann, T. (2014). Homeopathy in the treatment of fibromyalgia--a comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complementary therapies in medicine*, 22(4), 731-742. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.06.005>
- Borsini, A., Hepgul, N., Mondelli, V., Chalder, T., & Pariante, C. M. (2014). Childhood estrésors in the development of fatigue syndromes: a review of the past 20 years of research. *Psychological medicine*, 44(9), 1809-1823, doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002468>
- Bornhauser, N. y Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma?. Reflexiones psicossomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 43(1), 41-50. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272005000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100006)
- Bosch Fiol, E. y Ferrer Pérez, V. (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. Profesorado. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 17(1), 105 - 122. Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev171ART7.pdf>
- Bote, M.E., Garcia, J.J., Hinchado, M.D., Ortega, E. (2013a). An exploratory study of the effect of regular aquatic exercise on the function of neutrophils from women with fibromyalgia: role of IL-8 and noradrenaline. *Brain Behav Immun*, 39,107-12.
- Bote, M.E., Garcia, J.J., Hinchado, M.D., Ortega, E. (2013b). Fibromyalgia: antiinflammatory and estrés responses after acute moderate exercise. *PLoS One*, 8, e74524.
- Bourgault, P., Lacasse, A., Marchand, S., Courtemanche-Harel, R., Charest, J., Gaumond, I., Barcellos de Souza, J., Choinière, M. (2015). Multicomponent Interdisciplinary Group Intervention for Self-Management of Fibromyalgia: Mixed-Methods Randomized Controlled Trial. *PLoS One*, 10(5), e0126324, doi: 10.1371/journal.pone.0126324

- Bowering, K. J., O'Connell, N.E., Tabor, A., Catley, M. J., Leake, H. B., Moseley, G. L., Stanton, T. R. (2013). The Effects of Graded Motor Imagery and Its Components on Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Jour of Pain*, 14(1), 3-13, doi: 10.1016/j.jpain.2012.09.007
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-287.
- Burke, N. N., Llorente, R., Marco, E. M., Tong, K., Finn, D. P., Viveros, M. P., & Roche, M. (2013). Maternal deprivation is associated with sex-dependent alterations in nociceptive behavior and neuroinflammatory mediators in the rat following peripheral nerve injury. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 14(10), 1173-1184. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.05.003>
- Busch, A. J., Barber, K. A., Overend, T. J., Peloso, P. M., Schachter, C. L. (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003786.
- Buskila, D., Neumann, L., Zmora, E., Feldman, M., Bolotin, A., & Press, J. (2003). Pain sensitivity in prematurely born adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(11), 1079-1082. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.11.1079>
- Buskila, D., Press, J., Gedalia, A., Klein, M., Neumann, L., Boehm, R. & Sukenik, S. (1993). Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children. *J Rheumatol*, 20(2), 368-370. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8474077/>
- Butler, D. & Moseley, L. (2013). *Explain Pain*. Revised and Updated (2nd. Ed.). Noigroup Publications.
- Cairns B. E. (2016). Influence of pro-algesic foods on chronic pain conditions. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(4), 415-423. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1157471>
- Canaipa, R.; Castro-Caldas, A.; Moreira, J. M.; Pimentel-Santos, F.; Branco, J. C. & Treister, R. (2017). Impaired Pain Modulation in Fibromyalgia Patients in Response to Social Diestrés Manipulation. *The Clinical journal of pain*, 33(7), 611-619, doi: /10.1097/AJP.000000000000447
- Cao, H., & Zhang, Y.Q. (2008). Spinal glial activation contributes to pathological pain states. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 32(5), 972-983. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.03.009>
- Carmona L. (2006). Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? [Systematic review: does

- a diagnosis of fibromyalgia per se have a harmful effect on prognosis?]. *Reumatología clínica*, 2(2), 52-57. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73022-4](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73022-4)
- Carrasco, M.C., Jiménez, C. y Márquez, M. (2010). Fibromialgia: cuando el dolor es una historia de vida. *Index Enferm*, 19(2-3), 196-200. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200027](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200027)
- Castañeda, C.R., Orozco, M.J., Rincón, G.P. (2015). Empoderamiento, una utopía posible para reconstruir la Humanización en Unidades de Cuidado Crítico. *Hacia la Promoción la Salud*. 20(1):13-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a02.pdf>
- Carta, M. G., Moro, M. F., Pinna, F. L., Testa, G., Cacace, E., Ruggiero, V., Piras, M., Romano, F., Minerba, L., Machado, S., Freire, R. C., Nardi, A. E. & Sancassiani, F. (2018). The impact of fibromyalgia syndrome and the role of comorbidity with mood and post-traumatic estrés disorder in worsening the quality of life. *The International journal of social psychiatry*, 64(7), 647-655, doi: <https://doi.org/10.1177/0020764018795211>
- Casanueva, B., García-Fructuoso, F., Belenguer, R., Alegre, C., Moreno-Muelas, J. V., Hernández, J. L., Pina, T., & González-Gay, M. Á. (2016). The Spanish version of the 2010 American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia: reliability and validity assessment. *Clinical and experimental rheumatology*, 34(2 Suppl 96), S55-S58.
- Cassisi, G.; Sarzi-Puttini, P. & Cazzola, M. (2011). Chronic widespread pain and fibromyalgia: could there be some relationships with infections and vaccinations?. *Clinical and experimental rheumatology*, 29(6 Suppl 69), 118-126. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22243559/>
- CCM Salud (2013). Las 3 fases del estrés. Barcelona, España. Disponible en: <https://salud.ccm.net/faq/293-las-3-fases-del-estres>
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). How much physical activity do adults need?. Disponible en: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adults/index.htm#:~:text=If%20you%20go%20beyond%20150,gain%20even%20more%20health%20benefits.>
- Cerdá-Olmedo, G., Mena-Durán, A. V., Monsalve, V., & Oltra, E. (2015). Identification of a microRNA signature for the diagnosis of fibromyalgia. *PloS one*, 10(3), e0121903. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121903>
- Chandan, J.S., Thomas, T., Raza, K., Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Bandyopadhyay, S., & Nirantharakumar, K. (2019). Intimate Partner Violence and the Risk of Developing Fibromyalgia and Chronic Fatigue

- Syndrome. *Journal of interpersonal violence*, 886260519888515. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/0886260519888515>
- Chen, A. T., & Swaminathan, A. (2020). Factors in the Building of Effective Patient-Provider Relationships in the Context of Fibromyalgia. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 21(1), 138-149. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz054>
- Chinn, S., Caldwell, W., & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. *Current pain and headache reports*, 20(4), 25. <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0556-x>
- Choy, E., Richards, S., Bowrin, K., Watson, P., Lloyd, A., Sadosky, A., & Zlateva, G. (2010). Cost effectiveness of pregabalin in the treatment of fibromyalgia from a UK perspective. *Current medical research and opinion*, 26(4), 965-975. <https://doi.org/10.1185/03007991003600271>
- Choy, E.H. (2015). The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature reviews. Rheumatology*, 11(9), 513-520, doi: /10.1038/nrrheum.2015.56
- Citro, S. (2011). La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicios para una genealogía (in) disciplinar. En: *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, 17-58. Buenos Aires, Biblo.
- Clauw, D. J. (2009). Fibromyalgia: An overview. *Am J Med*, 122(12), 3-13, doi: 10.1016/j.amjmed.2009.09.006
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra.
- Coppens, E., Kempke, S., Van Wambeke, P., Claes, S., Morlion, B., Luyten, P., & Van Oudenhove, L. (2018). Cortisol and Subjective Stress Responses to Acute Psychosocial Stress in Fibromyalgia Patients and Control Participants. *Psychosomatic medicine*, 80(3), 317-326. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000551>
- Cordero, M. D., de Miguel, M., Carmona-López, I., Bonal, P., Campa, F., & Moreno-Fernández, A. M. (2010). Oxidative stress and mitochondrial dysfunction in fibromyalgia. *Neuro endocrinology letters*, 31(2), 169-173.
- Cotrena, C., Branco, L.D., Cardoso, C.O., Wong, C.E., Fonseca, R.P. (2016). The predictive impact of biological and sociocultural factors on executive processing: The role of age, education, and frequency of reading and writing habits. *Appl Neuropsychol Adult*, 23, 75-84.
- Craig A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature reviews. Neuroscience*, 3(8), 655-666, doi: <https://doi.org/10.1038/nrn894>

- Crenshaw Williams, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Chicago: University of Chicago Legal Forum. Disponible en: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos, Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18(1), 5-47. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/640395>
- Cuenda-Gago, J.D., Espejo-Antunez, L. (2017). Effectiveness of education based on neuroscience in the treatment of musculoskeletal chronic pain. *Rev Neurol*, 65(1), 1-12.
- D'Agnelli, S., Arendt-Nielsen, L., Gerra, M. C., Zatorri, K., Boggiani, L., Baciarello, M., & Bignami, E. (2019). Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Molecular pain*, 15, 1744806918819944. <https://doi.org/10.1177/1744806918819944>
- Dailey, D.L., Keffala, V.J., Sluka, K.A. (2015). Cognitive and physical fatigue tasks enhance pain, cognitive fatigue and physical fatigue in people with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 67, 288-96.
- Dalla, C., Junges, J.R. (2013). Política de humanizacao na atencao basica: revisao sistematica. *Rev Saude Publica*, 47(6): 1186-200. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>
- Da Silva, L.F.S., De Santana, J.M., Sluka, K.A. (2010). Activation of NMDA receptors in the brainstem, rostral ventromedial medulla, and nucleus reticularis gigantocellularis mediates mechanical hyperalgesia produced by repeated intramuscular injections of acidic saline in rats. *PAIN*, 11, 378-8.
- Davis, D.A., Luecken, L.J., & Zautra, A.J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *The Clinical journal of pain*, 21(5), 398-405. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000149795.08746.31>
- Davis, F., Gostine, M., Roberts, B., Risko, R., Cappelleri, J. C., & Sadosky, A. (2018). Characterizing classes of fibromyalgia within the continuum of central sensitization syndrome. *Journal of pain research*, 11, 2551-2560. <https://doi.org/10.2147/JPR.S147199>
- Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En S. Tower Hollis, P. L., & Y. M. (eds.), *Feminist theory in the study of folklore*. 297-326. Illinois: University of Illinois.

- Delhaye, B. P., Long, K. H. & Bensmaia, S.J. (2018). Neural Basis of Touch and Proprioception in Primate Cortex. *Comprehensive Physiology*, 8(4), 1575-1602, doi: <https://doi.org/10.1002/cphy.c170033>
- Demoulin, C., Verbunt, J. A., Winkens, B., Knottnerus, J. A., & Smeets, R. J. (2010). Usefulness of perceived level of exertion in patients with chronic low back pain attending a physical training programme. *Disability and Rehabilitation*, 32(3), 216-222.
- De Sanctis, V., Abbasciano, V., Soliman, A. T., Soliman, N., Di Maio, S., Fiscina, B. & Kattamis, C. (2019). The juvenile fibromyalgia syndrome (JFMS): a poorly defined disorder. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 90(1), 134-148, doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.8141>
- Dina, O.A., Levine, J.D., Green, P.G. (2011). Enhanced cytokine-induced mechanical hyperalgesia in skeletal muscle produced by a novel mechanism in rats exposed to unpredictable sound estrés. *Eur J Pain*, 15, 796-800.
- D'Mello, R., & Dickenson, A. H. (2008). Spinal cord mechanisms of pain. *British journal of anaesthesia*, 101(1), 8-16. <https://doi.org/10.1093/bja/aen088>
- Dodds, T. (2 de enero de 2018). Más de 12 mil menores han sufrido abusos sexuales o violación en Chile desde el 2012. *La Tercera*. Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/mas-12-mil-menores-sufrido-abusos-sexuales-violacion-chile-desde-2012/>
- Dong, M.; Giles, W.H.; Felitti, V.J.; Dube, S.R.; Williams, J.E.; Chapman, D.P. & Anda, R.F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13), 1761-1766, doi: [/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F](https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F)
- Dreyer, L., Kendall, S., Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E. M., & Bliddal, H. (2010). Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. *Arthritis and rheumatism*, 62(10), 3101-3108. <https://doi.org/10.1002/art.27623>
- Eller-Smith, O. C., Nicol, A. L., & Christianson, J. A. (2018). Potential Mechanisms Underlying Centralized Pain and Emerging Therapeutic Interventions. *Frontiers in cellular neuroscience*, 12, 35. <https://doi.org/10.3389/fncel.2018.00035>
- Ellingson, L.D., Shields, M.R., Stegner, A.J., Cook, D.B. (2012). Physical activity, sustained sedentary behavior, and pain modulation in women with fibromyalgia. *J Pain*, 13, 195-206.

- Elma, Ö., Yilmaz, S. T., Deliens, T., Coppeters, I., Clarys, P., Nijs, J., & Malfliet, A. (2020). Do Nutritional Factors Interact with Chronic Musculoskeletal Pain? A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 9(3), 702. <https://doi.org/10.3390/jcm9030702>
- Emol (12 de julio de 2016). Paracetamol, Ibuprofeno y Losartan: los medicamentos más vendidos en Chile. Emol on line. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/07/12/8121114/Paracetamol-e-Ibuprofeno-son-los-medicamentos-mas-vendidos-en-Chile.html>
- Espí-López, G.V., Inglés, M., Ruescas-Nicolau, M.A., & Moreno-Segura, N. (2016). Effect of low-impact aerobic exercise combined with music therapy on patients with fibromyalgia. A pilot study. *Complementary therapies in medicine*, 28, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.07.003>
- Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos Sexuados. La Política del Género y la Construcción de la Sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- Favero, G., Bonomini, F., Franco, C., & Rezzani, R. (2019). Mitochondrial Dysfunction in Skeletal Muscle of a Fibromyalgia Model: The Potential Benefits of Melatonin. *International journal of molecular sciences*, 20(3), 765. <https://doi.org/10.3390/ijms20030765>
- Feyerabend, P. (1986). *Tratado contra el método*. Madrid: Tecnos.
- Filimon, F., Nelson, J.D., Hagler, D.J., Sereno, M.I. (2007). Human cortical representations for reaching: Mirror neurons for execution, observation, and imagery. *Neuroimage*, 37(4), 1315-28.
- Fitzcharles, M.A., Da Costa, D., & Pöyhiä, R. (2003). A study of standard care in fibromyalgia syndrome: a favorable outcome. *The Journal of rheumatology*, 30(1), 154-159.
- Fitzcharles, M.A., Ste-Marie, P.A., Goldenberg, D. L., Pereira, J.X., Abbey, S., Choinière, M., Ko, G., Moulin, D.E., Panopalis, P., Proulx, J., Shir, Y. (2013). Canadian Pain Society and Canadian Rheumatology Association recommendations for rational care of persons with fibromyalgia: a summary report. *The Journal of rheumatology*, 40(8), 1388-1393. <https://doi.org/10.3899/jrheum.130127>
- Fitzcharles, M.A., Ste-Marie, P.A., Goldenberg, D.L., Pereira, J. X., Abbey, S., Choinière, M., Ko, G., Moulin, D.E., Panopalis, P., Proulx, J., Shir, Y. (2012). National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain reser & managem*, 18(3), 119-126, doi: 10.1155/2013/918216

- Flor, H. (2004). *Biosychosocial Models of Pain. Psychosocial Aspects of Pain. Progress in Pain Research and Management*. Seattle: IASP Press.
- Flor, H., Braun, C., Elbert, T., Birbaumer, N. (1997) Extensive reorganization of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients. *Neuroscience Letters*, 224(1), 5-8.
- Fraisse, G. (1991). *La musa de la razón: la democracia excluyente y la diferencia de los sexos*. Madrid: Cátedra.
- Franco, L. S., Shanahan, D. F., & Fuller, R. A. (2017). A Review of the Benefits of Nature Experiences: More Than Meets the Eye. *International journal of environmental research and public health*, 14(8), 864. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080864>
- Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A. R., Van der Esch, M., Simic, M., & Bennell, K. L. (2015). Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, .Cd004376.
- Freud, S. (1930). *El malestar de la cultura*. Alianza Editorial.
- Friesen, L. N., Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Alberts, N. M., Titov, N., & Dear, B. F. (2017). Examination of an Internet-Delivered Cognitive Behavioural Pain Management Course for Adults with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Pain*, 158(4), 593-604. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000802>
- Froriep R. (1850). *On the therapeutic applications of electromagnetism in the treatment of rheumatic and paralytic affections* Translated by RM Lawrence. London: Henry Renshaw.
- Galvez-Sánchez, C. M., & Reyes Del Paso, G. A. (2020). Diagnostic Criteria for Fibromyalgia: Critical Review and Future Perspectives. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 1219. <https://doi.org/10.3390/jcm9041219>
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(7), 1334-1359.
- García-Leiva, J. M., Carrasco, J. L., Slim, M., & Calandre, E. P. (2015). Celiac symptoms in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Rheumatology international*, 35(3), 561-567. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-3110-3>
- Gerardi, M. C., Atzeni, F., Batticciotto, A., Di Franco, M., Rizzi, M., & Sarzi-Puttini, P. (2016). The safety of pregabalin in the treatment of fibromyalgia.

- Expert opinion on drug safety, 15(11), 1541-1548. <https://doi.org/10.1080/14740338.2016.1242575>
- Gerardi, M. C., Batticciotto, A., Talotta, R., Di Franco, M., Atzeni, F., & Sarzi-Puttini, P. (2016). Novel pharmaceutical options for treating fibromyalgia. *Expert review of clinical pharmacology*, (4), 559-565. <https://doi.org/10.1586/17512433.2016.1145052>
- Gilligan, C.; Lyons, N. & Hanmer, T. J. (1990). *Making connections: the relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Goldenberg, D.L. (16 de octubre de 2017). Lady Gaga, Fame, and Fibromyalgia. Practical pain management. Disponible en: <https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/lady-gaga-fame-fibromyalgia>
- Goldberg, D.S., Summer, J.M. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11:770.
- Gonçalves, L. (2014). El toque bioenergético y el masaje terapéutico en el Setting Reichiano. Taller de Estudios y Análisis Bioenergético. Disponible en: <http://gbmoim.org/wp-content/uploads/2015/04/TOQUE-BIOENERGETICO.pdf>
- Gonçalves, L. (1999). La ética del toque en el trabajo psicoterapéutico: resonancia e interferencia. En: *Arqueología del cuerpo*. Montevideo: TEAB.
- Good, J.B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Gowers, W. R. (1904). Lumbago: its lessons and analogues. *Br Med*, 1(2246): 117-121, doi: 0.1136/bmj.1.2246.117
- Grace, P.M., Fabisiak, T.J., Green-Fulgham, S.M., Anderson, N.D., Strand, K.A., Kwilas, A.J., Galer, E.L., Walker, F.R., Greenwood, B.N., Maier, S.F. (2016). Prior voluntary wheel running attenuates neuropathic pain. *PAIN*, 157, 2012-23.
- Granero-Molina, J., Matarín Jiménez, T.M., Ramos Rodríguez, C., Hernández-Padilla, J.M., Castro-Sánchez, A.M., & Fernández-Sola, C. (2018). Social Support for Female Sexual Dysfunction in Fibromyalgia. *Clinical nursing research*, 27(3), 296-314. <https://doi.org/10.1177/1054773816676941>
- Green, P. G., Chen, X., Alvarez, P., Ferrari, L. F., & Levine, J. D. (2011). Early-life estrés produces muscle hyperalgesia and nociceptor sensitization in the adult rat. *Pain*, 152(11), 2549-2556. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.021>

- Gureje, O., Von Korff, M., Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.P. et al. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *PAIN*, 135, 82-91.
- Gúzman-Silahua, S.; Muñoz-Gaytán, E.; Mendoza-Vazquez, G.; Orozco-Barocio, G.; Rodríguez-Ruiz, J.; Gracia de la Torre, I., . . . Nava-Zavala, A. (2018). Fibromialgia. El residente, 62-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf>
- Häuser, W., Bernardy, K., Arnold, B., Offenbächer, M., Schiltenwolf, M. (2009). Efficacy of Multicomponent Treatment in Fibromyalgia Syndrome: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Arthritis & rheumatism (arthritis care & research)*, 61(2), 216-224, doi: 10.1002/art.24276.
- Häuser, W., Perrot, S., Sommer, C., Shir, Y., & Fitzcharles, M. A. (2017). Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain reports*, 2(3), e598. <https://doi.org/10.1097/PR9.000000000000598>
- Häuser, W., Sarzi-Puttini, P., & Fitzcharles, M. A. (2019). Fibromyalgia syndrome: under-, over- and misdiagnosis. *Clinical and experimental rheumatology*, 37 Suppl 116(1), 90-97.
- Häuser, W. & Wolfe, F. (2012). Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo*, 64(4), 194-205.
- Havelin, J., Imbert, I., Cormier, J., Allen, J., Porreca, F., & King, T. (2016). Central Sensitization and Neuropathic Features of Ongoing Pain in a Rat Model of Advanced Osteoarthritis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 17(3), 374-382. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.001>
- Hayden, J. A., van Tulder, M. W., & Tomlinson, G. (2005). Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 776-785.
- Heidari, F., Afshari, M. & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology international*, 37(9), 1527-1539, doi: <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3725-2>
- Hellou, R.; Häuser, W.; Brenner, I.; Buskila, D.; Jacob, G.; Elkayam, O.; Aloush, V. & Ablin, J. N. (2017). Self-Reported Childhood Maltreatment and Traumatic Events among Israeli Patients Suffering from Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Pain research & management*, 2017, 3865249, doi: 10.1155/2017/3865249

- Hétuk S., Grégoire, M., Saimpont, A., Coll, M.P., Eugène, F., Michon, P.E., Jackson, P.L. (2013). The neural network of motor imagery: an ALE meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 37(5), 930-49.
- Hodges, P.W. (2011). Pain and motor control: From the laboratory to rehabilitation. *Journal of electromyography and kinesiology*, 21, 220-228.
- Hoeger Bement, M.K. & Sluka, K.A. (2016). Exercise-induced hypoalgesia: an evidence-based review. In: Sluka KA, editor. *Pain mechanisms and management for the physical therapist*. Philadelphia: Wolters Kluwer, 177-202.
- Honneth, A. 2. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Barcelona: Katz-CCCB.
- Howard, K. J., Mayer, T. G., Neblett, R., Perez, Y., Cohen, H., & Gatchel, R. J. (2010). Fibromyalgia syndrome in chronic disabling occupational musculoskeletal disorders: prevalence, risk factors, and posttreatment outcomes. *Journal of occupational and environmental medicine*, 52(12), 1186-1191. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181fc838d>
- Hoyek, N., Di Rienzo, F., Collet, C., Hoyek, F., Guillot, A. (2014). The therapeutic role of motor imagery on the functional rehabilitation of a stage II shoulder impingement syndrome. *Disabil Rehabil*, 36(13), 1113-9.
- Hughes, K.; Bellis, M.A.; Hardcastle, K.A.; Sethi, D.; Butchart, A.; Mikton, C.; Jones, L. & Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 2(8), 356-366, doi: /10.1016/S2468-2667(17)30118-4
- Hurley, M.V., Walsh, N.E., Mitchell, H., Nicholas, J., Patel, A. (2012). Long-term outcomes and costs of an integrated rehabilitation program for chronic knee pain: a pragmatic, cluster randomized, controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 64, 238-47.
- Iacobelli, S. (Mayo de 2013). Fibromialgia. *Silo.Tips*. Disponible en: <https://silo.tips/download/fibromialgia-dr-sergio-iacobelli-mayo-2013>
- Illouz, E. (2012). *Por qué duele el amor. Una explicación sociológica*. Madrid: Katz.
- Institute of Medicine (IOM). (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*, Washington, DC, The National Academies Press. Disponible en: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=13172](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=13172).
- Isasi, C., Colmenero, I., Casco, F., Tejerina, E., Fernandez, N., Serrano-Vela, J. I., Castro, M. J., & Villa, L. F. (2014). Fibromyalgia and non-celiac gluten sensitivity: a description with remission of fibromyalgia. *Rheumatology*

- international, 34(11), 1607-1612. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2990-6>
- Izquierdo, M.J. (2004). Sistema sexo-género. En: *Formación y acreditación en consultoría para la igualdad de mujeres y hombres*. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea, Fondo Social Europeo. Pp.111-143.
- Iversen, J. M., Indredavik, M. S., Evensen, K. A., Romundstad, P. R., & Rygg, M. (2017). Self-reported Chronic Pain in Young Adults With a Low Birth Weight. *The Clinical journal of pain*, 33(4), 348-355. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000399>
- Iversen, J. M., Uglem, M., Indredavik, M. S., Romundstad, P. R., Nilsen, K. B., Sand, T., & Rygg, M. (2018). Pain Sensitivity and Thermal Detection Thresholds in Young Adults Born Preterm With Very Low Birth Weight or Small for Gestational Age at Term Compared With Controls. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 19(8), 873-884. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.03.001>
- Jahan, F., Nanji, K., Qidwai, W., Qasim, R. (2012). Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*, 27(3), 192-195, doi: 10.5001/omj.2012.44
- Jäncke, L. (2009). The plastic human brain. *Restorative neurology and neuroscience*, 27(5), 521-538, doi: 10.3233/RNN-2009-0519
- Jones, K. D., Gelbart, T., Whisenant, T. C., Waalen, J., Mondala, T. S., Iklé, D. N., Salomon, D. R., Bennett, R. M., & Kurian, S. M. (2016). Genome-wide expression profiling in the peripheral blood of patients with fibromyalgia. *Clinical and experimental rheumatology*, 34(2 Suppl 96), S89-S98.
- Joustra, M. L., Minovic, I., Janssens, K., Bakker, S., & Rosmalen, J. (2017). Vitamin and mineral status in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(4), e0176631. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176631>
- Kadetoff, D., & Kosek, E. (2010). Evidence of reduced sympatho-adrenal and hypothalamic-pituitary activity during static muscular work in patients with fibromyalgia. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(8), 765-772. <https://doi.org/10.2340/16501977-0597>
- Kalawski, J.P. (1998). Alba Emoting™: Una Nueva Herramienta para Trabajar con las Emociones en Psicoterapia Experiencial. *Psykhe*, 7(2):63-74. Disponible en: <http://redae.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/21045>
- Kant, I. (1968). Cimentación de la metafísica de las costumbres, Madrid: Losada.

- Karras, S., Rapti, E., Matsoukas, S., & Kotsa, K. (2016). Vitamin D in Fibromyalgia: A Causative or Confounding Biological Interplay?. *Nutrients*, 8(6), 343. <https://doi.org/10.3390/nu8060343>
- Kashikar-Zuck, S., Graham, T. B., Huenefeld, M. D., & Powers, S. W. (2000). A review of biobehavioral research in juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis care and research: the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 13(6), 388-397, doi: [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200012\)13:6<388::aid-art9>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200012)13:6<388::aid-art9>3.0.co;2-p)
- Kendall-Tackett K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 715-729, doi: 10.1016/S0145-2134(02)00343-5
- Kim, J. E., Park, D. J., Choi, S. E., Kang, J. H., Yim, Y. R., Lee, J. W., Lee, K. E., Wen, L., Kim, S. K., Choe, J. Y., & Lee, S. S. (2016). Predictors of a favourable outcome in patients with fibromyalgia: results of 1-year follow-up. *Clinical and experimental rheumatology*, 34(3), 521-526.
- Kranczioch, C., Mathews, S., Dean, P.J., Sterr, A. (2009). On the equivalence of executed and imagined movements: evidence from lateralized motor and non-motor potentials. *Hum Brain Mapp*, 30(10), 3275-86.
- Kristensen, J. & Franklyn-Miller, A. (2012). Resistance training in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46(10), 719-726.
- Kwon, M., Altin, M., Duenas, H., & Alev, L. (2014). The role of descending inhibitory pathways on chronic pain modulation and clinical implications. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*, 14(7), 656-667. <https://doi.org/10.1111/papr.12145>
- Lagueux, É., Bernier, M., Bourgault, P., Whittingstall, K., Mercier, C., Léonard, G. (2018). The Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation as an Add-on Modality to Graded Motor Imagery for Treatment of Complex Regional Pain Syndrome: A Randomized Proof of Concept Study. *Clin J Pain*, 34(2), 145-154.
- Lan, C.C.; Tseng, C.H.; Chen, J.H.; Lan, J.L.; Wang, Y.C.; Tsay, G.J. & Hsu, C.Y. (2016). Increased risk of a suicide event in patients with primary fibromyalgia and in fibromyalgia patients with concomitant comorbidities: A nationwide population-based cohort study. *Medicine*, 95(44), e5187, doi: /10.1097/MD.0000000000005187
- Lundeberg, T., & Ekholm, J. (2002). Pain--from periphery to brain. *Disability and rehabilitation*, 24(8), 402-406. <https://doi.org/10.1080/09638280110108823>

- Landmark, T., Romundstad, P., Borchgrevink, P.C., Kaasa, S., Dale, O. (2011). Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: evidence from the HUNT 3 study. *PAIN*, 152, 2241-7.
- Landmark, T., Romundstad, P.R., Borchgrevink, P.C., Kaasa, S., Dale, O. (2013). Longitudinal associations between exercise and pain in the general population—the HUNT pain study. *PLoS One*, 8:e 65279.
- La Rubia, M., Rus, A., Molina, F., & Del Moral, M. L. (2013). Is fibromyalgia-related oxidative stress implicated in the decline of physical and mental health status?. *Clinical and experimental rheumatology*, 31(6 Suppl 79), S121-S127.
- Latremoliere, A. & Woolf, C. J. (2009). Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*, 10(9), 895-926, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.06.012>
- Lazaridou, A., Koulouris, A., Devine, J. K., Haack, M., Jamison, R. N., Edwards, R. R., & Schreiber, K. L. (2019). Impact of daily yoga-based exercise on pain, catastrophizing, and sleep amongst individuals with fibromyalgia. *Journal of pain research*, 12, 2915-2923. <https://doi.org/10.2147/JPR.S210653>
- Le Breton, D. (1995). *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del Dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Lesuis, N., van Vliet, J., Boers, N., den Broeder, N., Cats, H., Hulscher, M. E., Verrips, A., & den Broeder, A. A. (2016). The value of routine creatine kinase and thyroid stimulating hormone testing in patients with suspected fibromyalgia: a cross-sectional study. *Rheumatology (Oxford, England)*, 55(7), 1273-1276. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kew046>
- Lima, L.V., Abner, T., Sluka, K.A. (2017). Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena. *The Journal of physiology*, 595(13), 4141-4150. <https://doi.org/10.1113/JP273355>
- Lima, L.V., De Santana, J.M., Rasmussen, L.A., Sluka, K.A. (2017). Short-duration physical activity prevents the development of activity-induced hyperalgesia through opioid and serotonergic mechanisms. *PAIN*, 158, 1697-710.
- Lin, C.W., McAuley, J.H., Macedo, L., Barnett, D.C., Smeets, R.J., Verbunt, J.A. (2011). Relationship between physical activity and disability in low back pain: a systematic review and meta-analysis. *PAIN*, 152, 607-13.

- Linnemann, A., Kappert, M. B., Fischer, S., Doerr, J. M., Strahler, J., & Nater, U. M. (2015). The effects of music listening on pain and estrés in the daily life of patients with fibromyalgia syndrome. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 434. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00434>
- Lizama Lefno, A. y Rojas Contreras, G. (2019). Multimorbilidad crónica en mujeres con diagnóstico de fibromialgia en Chile. *Arch Med (Manizales)*, 19(2), 363-373. doi: 10.30554/archmed.19.2.3384.2019
- Lizet Veliz, R., Ceballos Vásquez, P., Valenzuela, S., Sanhueza, A.O. (2012). Critical analysis of positivist paradigm and its influence in knowledge development of nursing. *Index de Enfermería*, 21(4), 224-228. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-112114>
- Lock, M. (1993). Cultivating the body: Anthropology and Epistemologies of Bodily Practice. *Annual Review of Anthropology*, 133-155. Disponible en: [https://www.jstor.org/stable/2155843?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/2155843?seq=1#metadata_info_tab_contents)
- López, O. (2008). La centralidad del útero y sus anexos en las representaciones técnicas del cuerpo femenino en la medicina del siglo XX. En Tuñón, J. *Enjaular los cuerpos: Normativas decimonónicas y cuerpo femenino en México*, 147-184. México: El Colegio de México.
- Lorenz, J., Grasedyck, K., Bromm, B. (1996). Middle and long latency somatosensory evoked potentials after painful laser stimulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 100(2), 165-8. doi: 10.1016/0013-4694(95)00259-6
- Losurdo, G., Principi, M., Iannone, A., Amoroso, A., Ierardi, E., Di Leo, A., & Barone, M. (2018). Extra-intestinal manifestations of non-celiac gluten sensitivity: An expanding paradigm. *World journal of gastroenterology*, 24(14), 1521-1530. <https://doi.org/10.3748/wjg.v24.i14.1521>
- Lotan, A., Lifschytz, T., Wolf, G., Keller, S., Ben-Ari, H., Tatarsky, P., Pillar, N., Oved, K., Sharabany, J., Merzel, T. K., Matsumoto, T., Yamawaki, Y., Mernick, B., Avidan, E., Yamawaki, S., Weller, A., Shomron, N., & Lerer, B. (2018). Differential effects of chronic stress in young-adult and old female mice: cognitive-behavioral manifestations and neurobiological correlates. *Molecular psychiatry*, 23(6), 1432-1445. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.237>
- Louw, A., Diener, I., Butler, D.S., Puenteadura, E.J. (2011). The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and estrés in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 92, 2041-56.
- Louw, A. & Puenteadura, E. (2013). Therapeutic Neuroscience Education. Teaching Patients About Pain. OPTP.

- Louw, A., Puentedura, E.J., Reese, D., Parker, P., Miller, T., Mintken, P.E. (2017). Immediate Effects of Mirror Therapy in Patients With Shoulder Pain and Decreased Range of Motion. *Arch Phys Med Rehabil*, 98(10), 1941-1947.
- Louw, A., Zimney, K., O'Hotto, C., Hilton, S. (2016). The clinical application of teaching people about pain, *Physiotherapy Theory and Practice*, 32:5, 385-395.
- Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E.J., Diener, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 32(5), 332-55.
- Luine, V. N., Beck, K. D., Bowman, R. E., Frankfurt, M., & Maclusky, N. J. (2007). Chronic stress and neural function: accounting for sex and age. *Journal of neuroendocrinology*, 19(10), 743-751. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2007.01594.x>
- Lundeberg, T., & Ekholm, J. (2002). Pain--from periphery to brain. *Disability and rehabilitation*, 24(8), 402-406. <https://doi.org/10.1080/09638280110108823>
- Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Maes, M., Ringel, K., Kubera, M., Anderson, G., Morris, G., Galecki, P., & Geffard, M. (2013). In myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome, increased autoimmune activity against 5-HT is associated with immuno-inflammatory pathways and bacterial translocation. *Journal of affective disorders*, 150(2), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.029>
- Malfliet, A., Kregel, J., Meeus, M., Danneels, L., Cagnie, B., Roussel, N., Nijs, J. (2018). Patients With Chronic Spinal Pain Benefit From Pain Neuroscience Education Regardless the Self-Reported Signs of Central Sensitization: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Multicenter Trial. *PM R*, 10(12), 1330-1343.
- Malfliet, A., Van Oosterwijck, J., Meeus, M., Cagnie, B., Danneels, L., Dolphens, M., Buyl, R., Nijs, J. (2017). Kinesiophobia and maladaptive coping strategies prevent improvements in pain catastrophizing following pain neuroscience education in fibromyalgia/chronic fatigue syndrome:

- An explorative study. *Physio Theo and Pract*, 33(8), 653-660, doi: 10.1080/09593985.2017.1331481
- Mao, C.P., Wei, L.X., Zhang, Q.L., Liao, X., Yang, X.L., Zhang, M. (2013). Differences in brain structure in patients with distinct sites of chronic pain: a voxel-based morphometric analysis. *Neural Regen Res*, 8(32), 2981-2990.
- Mansfield, K. E., Sim, J., Jordan, J. L. & Jordan, K. P. (2016). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, 157(1), 55-64, doi: <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000314>
- Mansour, A.R., Farmer, M.A., Baliki, M.N., Vania, A. (2014). Apkarian. Chronic pain: The role of learning and brain plasticity. *Restor Neurol Neurosci*, 32(1), 129-139.
- Markkula, R., Järvinen, P., Leino-Arjas, P., Koskenvuo, M., Kalso, E., & Kaprio, J. (2009). Clustering of symptoms associated with fibromyalgia in a Finnish Twin Cohort. *European journal of pain (London, England)*, 13(7), 744-750. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.09.007>
- Martínez, E. (2008). Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en medicina. El genio maligno. *Revista de humanidades y ciencias sociales*, 3, 1-27. Disponible en: <file:///C:/Users/andre/Downloads/Dialnet-UnAposentoParaElFantasma-2721784.pdf>
- Martínez-Lavín, M. (2006). *Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad*. Madrid: Santillana.
- Martínez-Lavín M. (2018). Fibromyalgia and small fiber neuropathy: the plot thickens!. *Clinical rheumatology*, 37(12), 3167-3171. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4300-2>
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". Clasification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, pp 209-214. Note: The IASP Terminology (based on Part III) was updated in 2011 by the IASP Terminology Working Group. <http://www.iasp.pain.org/AM/Template.cfm?Section=>
- Matarín Jiménez, T. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Correa Casado, M., Antequera Raynal, L. H., & Granero-Molina, J. (2017). Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study. *Journal of advanced nursing*, 73(7), 1646-1656. <https://doi.org/10.1111/jan.13262>

- May, A. (2011). Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain. *Trends in cognitive sciences*, 15(10), 475-482, doi: 10.1016/j.tics.2011.08.002
- McLoughlin, M.J., Colbert, L.H., Stegner, A.J., Cook, D.B. (2011). Are women with fibromyalgia less physically active than healthy women?. *Med Sci Sports Exerc*, 43, 905-12.
- Meeus, M., Nijs, J., Van Oosterwijck, J., Van Alsenoy, V., Truijten, S. (2010). Pain physiology education improves pain beliefs in patients with chronic fatigue syndrome compared with pacing and self-management education: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 91, 1153-1159.
- Méndez-Rebolledo, G., Gatica-Rojas, V., Torres-Cueco, R., Albornoz-Verdugo, M., Guzmán-Muñoz, E. (2017). Update on the effects of graded motor imagery and mirror therapy on complex regional pain syndrome type 1: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 30(3), 441-449.
- Menéndez, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8(1), 185-207, doi: /10.1590/S1413-81232003000100014
- Menéndez, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en saludn mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 18(65):145-150.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". *Classification of Chronic Pain*, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, pp 209-214. Note: The IASP Terminology (based on Part III) was updated in 2011 by the IASP Terminology Working Group. [http://www.iasp.pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions#Pain](http://www.iasp.pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain).
- Miki, K., Murakami, M., Oka, H., Onozawa, K., Yoshida, S., & Osada, K. (2016). Efficacy of mirtazapine for the treatment of fibromyalgia without concomitant depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase IIa study in Japan. *Pain*, 157(9), 2089-2096. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000622>
- Milligan, E.D., Watkins, L.R. (2009). Pathological and protective roles of glia in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*, 10, 23-36.
- Ministerio de Salud. (2016). *Orientación técnica abordaje de la fibromialgia*. Disponible en: <https://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/OT-Fibromialgia-2016.pdf>
- Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Prados, G., & Lupiáñez, J. (2015). Men and women with fibromyalgia: Relation between attentional function and

- clinical symptoms. *British journal of health psychology*, 20(3), 632-647, doi: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12128>
- Moldofsky H. (1989). Sleep and fibrositis syndrome. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 15(1), 91-103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2644681/>
- Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R., & Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosomatic medicine*, 37(4), 341-351, doi: <https://doi.org/10.1097/00006842-197507000-00008>
- Mora, E.; Pujal i Llombart, M. y Albertin, P. (2017). Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor cronicado. *RIS*, 75(2), doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.60>
- Moran, J. (16 de marzo de 2020). Lady Gaga: Life on Chromatica. *Paper*. Disponible en: <https://www.papermag.com/lady-gaga-chromatica-2645479910.html?rebelltitem=34#rebelltitem34>
- Morin, E. (1998). *El método IV: Las ideas*. Madrid: Cátedra.
- Moseley, G.L. (2003). A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Man Ther*, 8, 130-140.
- Moseley, G.L., Butler, D.S., Beames, T.B., Giles, T.J. (2012). *The graded motor imagery handbook*. Australia: adelaide NOI group publications.
- Moseley, G. L. (2004). Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Euro Jour of Pain*, 8(1), 39-45, doi: 10.1016/S1090-3801(03)00063-6.
- Moseley, G.L. (2004). Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. *Pain*, 108(1-2), 192-8.
- Moseley, G.L., Hodges, P.W., Nicholas, M.K. (2004). A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clin J Pain*, 20, 324-330.
- Moseley, G.L. (2003). Joining forces—combining cognition-targeted motor control training with group or individual pain physiology education: a successful treatment for chronic low back pain. *J Man Manip Therap*, 11, 88-94.
- Moseley, G.L. (2005). Widespread brain activity during an abdominal task markedly reduced after pain physiology education: fMRI evaluation of a

- single patient with chronic low back pain. *Austra Journ of Physio*, 51(1), 49-52, doi: 10.1016/S0004-9514(05)70053-2.
- Moyano, S.; Kilstein, J.; Alegre de Miguel, C. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?. *Reumatol Clin*, 11(4), 210-214, doi: 10.1016/j.reuma.2014.07.008
- Muena Ciero, C. (2007). El paradigma Biomédico y la formación de Pre-grado de los estudiantes de medicina de las Universidades Chilenas. Santiago: Departamento de Sociología, Universidad de Chile.
- Munzert, J., Lorey, B., Zentgraf, K. (2009). Cognitive motor processes: the role of motor imagery in the study of motor representations. *Brain Res Rev*, 60(2), 306-26.
- Muraleetharan, D., Fadich, A., Stephenson, C., & Garney, W. (2018). Understanding the Impact of Fibromyalgia on Men: Findings From a Nationwide Survey. *American journal of men's health*, 12(4), 952-960, doi: <https://doi.org/10.1177/1557988317753242>
- Naumann, J., & Sadaghiani, C. (2014). Therapeutic benefit of balneotherapy and hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a qualitative systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis research & therapy*, 16(4), R141. <https://doi.org/10.1186/ar4603>
- Nelson, S., Cunningham, N., Peugh, J., Jagpal, A., Arnold, L. M., Lynch-Jordan, A. & Kashikar-Zuck, S. (2017). Clinical Profiles of Young Adults With Juvenile-Onset Fibromyalgia With and Without a History of Trauma. *Arthritis care & research*, 69(11), 1636-1643. <https://doi.org/10.1002/acr.23192>
- Neyal, M., Yimenicioglu, F., Aydeniz, A., Taskin, A., Saglam, S., Cekmen, M., Neyal, A., Gursoy, S., Erel, O., Balat, A. (2013). Plasma nitrite levels, total antioxidant status, total oxidant status, and oxidative estrés index in patients with tension-type headache and fibromyalgia. *Clin Neurol Neurosurg*, 115(6), 736-740, doi: 10.1016/j.clineuro.2012.08.028
- Nijs, J., Malfliet, A., Ickmans, K., Baert, I., Meeus, M. (2014). Treatment of central sensitization in patients with 'unexplained' chronic pain: an update. *Expert Opin Pharmacother*, 15(12), 1671-83, doi: 10.1517/14656566.2014.925446
- O'Connor, S. R., Tully, M. A., Ryan, B., Bleakley, C. M., Baxter, G. D., Bradley, J. M., McDonough, S. M. (2015). Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(4), 724-734.e3.

- O'Grady, H. 2. (2004). *Woman's Relationship with Herself: Gender, Foucault and Therapy*. London-New York: Routledge.
- Olivieri, P., Solitar, B., & Dubois, M. (2012). Childhood risk factors for developing fibromyalgia. *Open access rheumatology: research and reviews*, 4, 109-114, doi: <https://doi.org/10.2147/OARRR.S36086>
- Olofsson, J. K. & Freiherr, J. (2019). Neuroimaging of smell and taste. *Handbook of clinical neurology*, 164, 263-282, doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63855-7.00017-4>
- Osler W. (1875). The traumatic neuroses: railway brain and railway spine, traumatic hysteria. In: Osler W. (ed.) *The Principles and Practice of Medicine*, New York: W Wood & Co :7-8.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en: [file:///C:/Users/andre/Downloads/9789243563701\\_spa.pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/9789243563701_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (enero de 2016). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Ortancil, O., Sanli, A., Eryuksel, R., Basaran, A., & Ankarali, H. (2010). Association between serum ferritin level and fibromyalgia syndrome. *European journal of clinical nutrition*, 64(3), 308-312. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.149>
- Ortega, E., Bote, M.E., Giraldo, E., Garcia, J.J. (2012). Aquatic exercise improves the monocyte pro- and anti-inflammatory cytokine production balance in fibromyalgia patients. *Scand J Med Sci Sports*, 22, 104-12.
- Palagini, L.; Carmassi, C.; Conversano, C.; Gesi, C.; Bazzichi, L.; Giacomelli, C. & Dell'Osso, L. (2016). Transdiagnostic factors across fibromyalgia and mental disorders: sleep disturbances may play a key role. A clinical review. *Clinical and experimental rheumatology*, 34(2 Suppl 96), 140-144. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27157399/>
- Papadopoulou, D., Fassoulaki, A., Tsoulas, C., Siafaka, I., Vadalouca, A. (2016). A meta-analysis to determine the effect of pharmacological and non-pharmacological treatments on fibromyalgia symptoms comprising OMERACT-10 response criteria. *Clin Rheumatol*, 35(3), 573-86, doi: [10.1007/s10067-015-3144-2](https://doi.org/10.1007/s10067-015-3144-2)
- Paulson, M., Danielson, E., & Söderberg, S. (2002). Struggling for a tolerable existence: the meaning of men's lived experiences of living with pain of

- fibromyalgia type. *Qualitative health research*, 12(2), 238-249, doi: <https://doi.org/10.1177/104973202129119865>
- Paulson, M., Norberg, A., & Danielson, E. (2002). Men living with fibromyalgia-type pain: experiences as patients in the Swedish health care system. *Journal of advanced nursing*, 40(1), 87-95, doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02343.x>
- Pedersen, B.K. (2009). The disease of physical inactivity—and the role of myokines in muscle–fat cross talk. *J Physiol*, 587, 5559-68.
- Petersen, M. W., Schröder, A., Jørgensen, T., Ørnboel, E., Meinertz Dantoft, T., Eliassen, M., Benros, M. E., & Fink, P. (2020). Irritable bowel, chronic widespread pain, chronic fatigue and related syndromes are prevalent and highly overlapping in the general population: DanFunD. *Scientific reports*, 10(1), 3273, doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60318-6>
- Pierce, J., Hassett, A.L., Schneiderhan, J.R., Divers, J., Brummett, C.M., Goesling, J. (2020). Centralized pain and pain catastrophizing mediate the association between lifetime abuse history and self-reported pain medication side effects. *Regional anesthesia and pain medicine*, 45(4), 293-300. <https://doi.org/10.1136/rapm-2019-101130>
- Piersiala, K., Akst, L. M., Hillel, A. T., & Best, S. R. (2020). Chronic Pain Syndromes and Their Laryngeal Manifestations. *JAMA otolaryngology--head & neck surgery*, e200530. *Advance online publication*, doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.0530>
- Pope J. E. (2020). What Does the COVID-19 Pandemic Mean for Rheumatology Patients?. Current treatment options in rheumatology, 1-4. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1007/s40674-020-00145-y>
- Pujal i Llombart, M. y Amigot, P. (2010). El binarismo de género como dispositivo de poder social, corporal y subjetivo. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 131-148, doi: [/10.5565/rev/qpsicologia.770](https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.770)
- Pujal i Llombart, M., Calatayud, M. y Amigot Leache, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), e155, doi: <https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113>
- Pujal i Llombart, M. y Mora, E. (2013). Dolor, trabajo y su diagnóstico psicosocial de género: un ejemplo. *Univ. Psychol*, 12(4), 1181-1193, doi: [10.111144/Javeriana.upsy12-4.dtyd](https://doi.org/10.111144/Javeriana.upsy12-4.dtyd)
- Pujal i Llombart, M., Albertín, P. y Mora, E. (2015). Discursos científicos sobre el dolor crónico sin-cause-orgánica. Incorporando una mirada de

- género para resignificar-repolitizar el dolor. *Política y Sociedad*, 52(3), 921-948, doi: 10.5209/POSO
- Pujal i Llombart, M.; Mora-Malo, E.; Schöngut-Grollmus, N. (2017). Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. *Duazary*, 14(1), 70-78. doi: 10.21676/2389783X.1745
- Pyke, T. L., Osmotherly, P. G., & Baines, S. (2017). Measuring Glutamate Levels in the Brains of Fibromyalgia Patients and a Potential Role for Glutamate in the Pathophysiology of Fibromyalgia Symptoms: A Systematic Review. *The Clinical journal of pain*, 33(10), 944-954. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000474>
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8), 356, doi: <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>
- Ramírez, A. (2005). *Psicoterapia corporal: revisión de los aportes teóricos y clínicos de Wilhelm Reich, el análisis bioenergético de Alexander Lowen y la biosíntesis de David Boadella*. Tesis de grado. Universidad de Chile, Santiago. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106506>
- Rehm, S. E., Koroschetz, J., Gockel, U., Brosz, M., Freyhagen, R., Tölle, T. R., & Baron, R. (2010). A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. *Rheumatology (Oxford, England)*, 49(6), 1146-1152. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq066>
- Reich, W. (2005). *Análisis del carácter*. Barcelona, España: Paidós.
- Reich, W. (2010). *La función del orgasmo*. Barcelona, España: Paidós.
- Reischer, E. (2004). The Body Beautiful: Symbolism And Agency In The Social world. *Annu. Rev. Anthropol.*, 33, 297-317, doi: /10.1146/annurev.anthro.33.070203.143754
- Reisine, S., Fifield, J., Walsh, S. J., & Feinn, R. (2003). Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia?. *The Journal of rheumatology*, 30(9), 2045-2053.
- Rico, M. A. (2005). El Dolor y su Cronificación: Entendiendo el Problema. *Boletín El Dolor*, 14: 52-54.
- Rodríguez, A. (2016). *La relación transferencial en la Psicoterapia Corporal*. Tesis de grado. Facultad de Psicología, Universidad de La República, Montevideo. Disponible en: [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%2ofinales/%20Archivos/andrea\\_rodriguez\\_tfg\\_final\\_pdf.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%2ofinales/%20Archivos/andrea_rodriguez_tfg_final_pdf.pdf)

- Rolls E. T. (2019). Taste and smell processing in the brain. *Handbook of clinical neurology*, 164, 97-118, doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63855-7.00007-1>
- Romano T. J. (1991). Fibromyalgia in children; diagnosis and treatment. *The West Virginia medical journal*, 87(3), 112-114.
- Romero-Alcalá, P., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Sola, C., Coín-Pérez-Carrasco, M., Ramos-Rodríguez, C., Ruiz-Fernández, M. D., & Granero-Molina, J. (2019). Sexuality in male partners of women with fibromyalgia syndrome: A qualitative study. *PloS one*, 14(11), e0224990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224990>
- Ros, N. (2006, 4 de agosto). Intervención psicológica en la fibromialgia. *Infocop Online*. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=987](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=987)
- Roth, T.; Bhadra-Brown, P.; Pitman, V.W.; Roehrs, T.A. & Resnick, E.M. (2016). Characteristics of Disturbed Sleep in Patients With Fibromyalgia Compared With Insomnia or With Pain-Free Volunteers. *The Clinical journal of pain*, 32(4), 302-307, doi: /10.1097/AJP.000000000000261
- Ruiz-Cantero, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ryan, C.G., Gray, H.G., Newton, M., Granat, M.H. (2010). Pain biology education and exercise classes compared to pain biology education alone for individuals with chronic low back pain: a pilot randomised controlled trial. *Man Ther*, 15, 382-387.
- Sadler, M. (2020). Despertando las metáforas que duermen en la ciencia. En P. Quattrocchi, y N. Magnone, *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, 7-21. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa.
- Salaffi, F., Di Carlo, M., Carotti, M., Farah, S., Ciapetti, A., & Gutierrez, M. (2019). The impact of different rheumatic diseases on health-related quality of life: a comparison with a selected sample of healthy individuals using SF-36 questionnaire, EQ-5D and SF-6D utility values. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(4), 541-557, doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4.7298>
- Salvat, I., Zaldivar, P., Monterde, S., Montull, S., Miralles, I., & Castel, A. (2017). Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after Multidisciplinary treatment: retrospective analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology international*, 37(3), 377-387. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3597-x>
- Samuels, B. (2009). Can the differences between education and neuroscience be overcome by mind, brain, and education?. *Mind Brain Educ*, 3, 45-55.

- Sanches Marín, M.J., Vergian Storniolo, L., Moravcik, M.Y. (2010). La humanización del cuidado bajo la perspectiva de los equipos de la estrategia de salud de la familia en un municipio del interior paulista. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18(4). Disponible en: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es\\_15.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_15.pdf)
- Schmidt-Wilcke, T. (2015). Neuroimaging of chronic pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 29(1), 29-41, doi: 10.1016/j.berh.2015.04.030
- Sedó Fortuny, R. y Ancochea Millet, J. (2002). Una reflexión sobre la fibromialgia. *Aten Primaria*, 29(9), 562-564. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-una-reflexion-sobre-fibromialgia-13032492>
- Segura-Jiménez, V., Soriano-Maldonado, A., Álvarez-Gallardo, I. C., Estévez-López, F., Carbonell-Baeza, A., & Delgado-Fernández, M. (2016). Subgroups of fibromyalgia patients using the 1990 American College of Rheumatology criteria and the modified 2010 preliminary diagnostic criteria: the al-Ándalus project. *Clinical and experimental rheumatology*, 34(2 Suppl 96), S26-S33.
- Sendur, O. F., Tastaban, E., Turan, Y., & Ulman, C. (2008). The relationship between serum trace element levels and clinical parameters in patients with fibromyalgia. *Rheumatology international*, 28(11), 1117-1121. <https://doi.org/10.1007/s00296-008-0593-9>
- Serrat, M., Sanabria-Mazo, J. P., García-Troiteiro, E., Fontcuberta, A., Mateo-Canedo, C., Almirall, M., Feliu-Soler, A., Méndez-Ulrich, J. L., Sanz, A., & Luciano, J. V. (2020). Efficacy of a Multicomponent Intervention for Fibromyalgia Based on Pain Neuroscience Education, Exercise Therapy, Psychological Support, and Nature Exposure (NAT-FM): Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 634. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020634>
- Sheper - Hughes, N. & Lock, M. (1987). The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 1(1), 6-41. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/648769?seq=1>
- Shresher, N. M., Mohamed, A. E., & Elshahaly, M. H. (2019). Performance of 2016 revised fibromyalgia diagnostic criteria in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology international*, 39(10), 1703-1710. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04403-8>
- Silva, A. R., Bernardo, A., Costa, J., Cardoso, A., Santos, P., de Mesquita, M. F., Vaz Patto, J., Moreira, P., Silva, M. L., & Padrão, P. (2019). Dietary

- interventions in fibromyalgia: a systematic review. *Annals of medicine*, 51(sup1), 2-14. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1564360>
- Sim, J. & Adams, N. (2002). Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *The Clin jour of pain*, 18(5), 324-336, doi: 10.1097/00002508-200209000-00008
- Simms R.W. (1998). Fibromyalgia is not a muscle disorder. *The American journal of the medical sciences*, 315(6), 346-350. <https://doi.org/10.1097/00000441-199806000-00002>
- Slim, M., Calandre, E.P., Garcia-Leiva, J.M., Rico-Villademoros, F., Molina-Barea, R., Rodriguez-Lopez, C.M., & Morillas-Arques, P. (2017). The Effects of a Gluten-free Diet Versus a Hypocaloric Diet Among Patients With Fibromyalgia Experiencing Gluten Sensitivity-like Symptoms: A Pilot, Open-Label Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical gastroenterology*, 51(6), 500-507. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000651>
- Slim, M., Molina-Barea, R., Garcia-Leiva, J.M., Rodriguez-Lopez, C.M., Morillas-Arques, P., Rico-Villademoros, F., & Calandre, E.P. (2015). The effects of gluten-free diet versus hypocaloric diet among patients with fibromyalgia experiencing gluten sensitivity symptoms: protocol for a pilot, open-label, randomized clinical trial. *Contemporary clinical trials*, 40, 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.11.019>
- Sluka, K.A., Frey-Law, L., Hoeger Bement, M. (2018). Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. *Pain*, 159(1), 91-97.
- Smith, H. S., Harris, R., Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome. *Pain Physician*, 14(2), 217-245. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21412381/>
- Tak, L. M., Cleare, A. J., Ormel, J., Manoharan, A., Kok, I. C., Wessely, S., & Rosmalen, J. G. (2011). Meta-analysis and meta-regression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in functional somatic disorders. *Biological psychology*, 87(2), 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2011.02.002>
- Talotta, R., Bazzichi, L., Di Franco, M., Casale, R., Batticciotto, A., Gerardi, M. C., Sarzi-Puttini, P. (2017). One year in review 2017: fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 105(3), 6-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681712/>
- Tanasescu, R., Cottam, W.J., Condon, L., Tench, C.R., Auer, D.P. (2016). Functional reorganisation in chronic pain and neural correlates of pain

- sensitisation: A coordinate based Meta-analysis of 266 cutaneous pain fMRI studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 68,120-133.
- Theoharides, T. C., Tsilioni, I., Arbetman, L., Panagiotidou, S. Stewart, J. M., Gleason, R. M., Russell, I. J. (2015). Fibromyalgia syndrome in need of effective treatments. *J Pharmacol Exp Ther*, 355(2), doi: 10.1124/jpet.115.227298 255-63.
- Thomas Cheng H. (2010). Spinal cord mechanisms of chronic pain and clinical implications. *Current pain and headache reports*, 14(3), 213-220. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0111-0>
- Todd A. J. (2002). Anatomy of primary afferents and projection neurones in the rat spinal dorsal horn with particular emphasis on substance P and the neurokinin 1 receptor. *Experimental physiology*, 87(2), 245-249. <https://doi.org/10.1113/eph8702351>
- Tour, J., Lofgren, M., Mannerkorpi, K., Gerdle, B., Larsson, A., Palstam, A., Bileviciute-Ljungar, I., Bjersing, J., Martin, I., Ernberg, M., Schalling, M., Kosek, E. (2017). Gene-to-gene interactions regulate endogenous pain modulation in fibromyalgia patients and healthy controls-antagonistic effects between opioid and serotonin-related genes. *PAIN*, 158, 1194-203.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Triviño Martínez, Á. (2017). *Experiencias vividas por las mujeres diagnosticadas de fibromialgia: un estudio fenomenológico*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Ubago Linares, M., Ruiz Pérez, I., Bermejo Pérez, M., Olry de Labry Lima, A., y Plazaola Castaño, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública*, 79(6), 683-695. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600008)
- Üçeyler, N., Zeller, D., Kahn, A. K., Kewenig, S., Kittel-Schneider, S., Schmid, A., Casanova-Molla, J., Reiners, K., & Sommer, C. (2013). Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. *Brain : a journal of neurology*, 136(Pt 6), 1857-1867. <https://doi.org/10.1093/brain/awt053>

- Van Oosterwijck, J., Nijs, J., Meeus, M., Truijen, S., Craps, J., Van den Keybus, N., Paul L. (2011). Pain neurophysiology education improves cognitions, pain thresholds, and movement performance in people with chronic whiplash: a pilot study. *J Rehabil Res Dev*, 48(1):43-58, doi: 10.1682/jrrd.2009.12.0206.
- Varinen, A.; Kosunen, E.; Mattila, K.; Koskela, T. & Sumanen, M. (2017). The relationship between childhood adversities and fibromyalgia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 99, 137-142, doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.011
- Varinen, A.; Kosunen, E.; Mattila, K.; Suominen, S.; Sillanmäki, L. & Sumanen, M. (2019). The association between bullying victimization in childhood and fibromyalgia. Data from the nationwide Finnish health and social support (HeSSup) study based on a sample of 64,797 individuals. *Journal of psychosomatic research*, 117, 48-53, doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.12.003
- Vas, J., Santos-Rey, K., Navarro-Pablo, R., Modesto, M., Aguilar, I., Campos, M. Á., Aguilar-Velasco, J. F., Romero, M., Párraga, P., Hervás, V., Santamaría, O., Márquez-Zurita, C., & Rivas-Ruiz, F. (2016). Acupuncture for fibromyalgia in primary care: a randomised controlled trial. *Acupuncture in medicine: journal of the British Medical Acupuncture Society*, 34(4), 257-266. <https://doi.org/10.1136/acupmed-2015-010950>
- Vellisca, M. Y., & Latorre, J. I. (2014). Monosodium glutamate and aspartame in perceived pain in fibromyalgia. *Rheumatology international*, 34(7), 1011-1013. <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2801-5>
- Venkatachalam, K., & Montell, C. (2007). TRP channels. *Annual review of biochemistry*, 76, 387-417, doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.biochem.75.103004.142819>
- Vergara, D. (1989). *Encuentros con Lola Hoffmann*. Santiago, Chile: La Puerta Abierta
- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J. y De Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11(4), 430-443. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000700005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700005)
- Vincent, A., Hoskin, T. L., Whipple, M. O., Clauw, D. J., Barton, D. L., Benzo, R. P., & Williams, D. A. (2014). OMERACT-based fibromyalgia symptom subgroups: an exploratory cluster analysis. *Arthritis research & therapy*, 16(5), 463. <https://doi.org/10.1186/s13075-014-0463-7>
- Vincent, A., Lahr, B. D., Wolfe, F., Clauw, D. J., Whipple, M. O., Oh, T. H., Barton, D. L., & St Sauver, J. (2013). Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the

- Rochester Epidemiology Project. *Arthritis care & research*, 65(5), 786-792, doi: <https://doi.org/10.1002/acr.21896>
- Vincent, A., Whipple, M. O., & Rhudy, L. M. (2016). Fibromyalgia Flares: A Qualitative Analysis. *Pain medicine* (Malden, Mass.), 17(3), 463-468. <https://doi.org/10.1111/pme.12676>
- Viola-Saltzman, M., Watson, N. F., Bogart, A., Goldberg, J., & Buchwald, D. (2010). High prevalence of restless legs syndrome among patients with fibromyalgia: a controlled cross-sectional study. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 6(5), 423-427.
- Wajon A. (2014). Recognise (TM) Hands app for graded motor imagery training in chronic pain. *Journal of physiotherapy*, 60(2), 117.
- Walitt, B., Fitzcharles, M. A., Hassett, A. L., Katz, R. S., Häuser, W., & Wolfe, F. (2011). The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *The Journal of rheumatology*, 38(10), 2238-2246. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110026>
- Walitt, B., Nahin, R. L., Katz, R. S., Bergman, M. J., & Wolfe, F. (2015). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PloS one*, 10(9), e0138024. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138024>
- Wallace, D.J. (2005). The History of Fibromyalgia. In: Wallace, D.J.; Clauw, D.J. (eds). *Fibromyalgia and Other Central Pain Syndromes*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 1-8.
- Walz, A.D., Usichenko, T., Moseley, G. L., Lotze, M. (2013). Graded motor imagery and the impact on pain processing in a case of CRPS. *Clin J Pain*, 29(3), 276-9, doi: 10.1097/AJP.ob013e318250f4e8
- Wang, C., Schmid, C. H., Fielding, R. A., Harvey, W. F., Reid, K. F., Price, L. L., Driban, J. B., Kalish, R., Rones, R., & McAlindon, T. (2018). Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. *BMJ* (Clinical research ed.), 360, k851. <https://doi.org/10.1136/bmj.k851>
- Watson, J.A., Ryan, C.G., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M. et al. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*, 20(10), 1140.e1-1140.e22.
- Welsch, P., Üçeyler, N., Klose, P., Walitt, B., & Häuser, W. (2018). Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. *The*

- Cochrane database of systematic reviews, 2(2), CDo10292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CDo10292.pub2>
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., Ostbye, T. (1999). Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis and rheumatism*, 42(1), 76-83. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(199901\)42:1<76::AID-ANR10>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1529-0131(199901)42:1<76::AID-ANR10>3.0.CO;2-G)
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., Ostbye, T. (1999). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *Jour of Rheumatol*, 26(7), 1570-1576. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10405947/#:~:text=FM%20affects%20an%20estimated%204.9,%25%20in%20women%2055%2D64.>
- Williams, M.D., & Lascelles, B. (2020). Early Neonatal Pain-A Review of Clinical and Experimental Implications on Painful Conditions Later in Life. *Frontiers in pediatrics*, 8, 30. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.0003>
- William, S. & Wilke, M. D. (2009). New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: say goodbye to tender points?. *Cleveland clinic journal of medicine*, 76(6).
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Häuser, W., Katz, R.L., Mease, P. J., Russell, A.S., Russell, I.J., Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 46(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, F.; Clauw, D.J.; Fitzcharles, M.A.; Goldenberg, D.L.; Häuser, W.; Katz, R.S.; Mease, P.J.; Russell, A.S.; Russell, I.J. & Winfield, J.B. (2011). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 38(6), 1113-1122, doi: 10.3899/jrheum.100594
- Wolfe, F.; Clauw, D.J.; Fitzcharles, M.A.; Goldenberg, D.L.; Katz, R.S.; Mease, P.; Yunus, M. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 62(5), 600-610, doi: 10.1002/acr.20140
- Wolfe, F. & Häuser, W. (2011). Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criterio. *Annals of Medicine*, 43, 495-502.
- Wolfe, F. & Michaud, K. (2004). Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage

- characterize ra patients with fibromyalgia. *The Journal of rheumatology*, 31(4), 695-700.
- Wolfe, F.; Ross, K.; Anderson, J.; Russell, I. J. & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and rheumatism*, 38(1), 19-28, doi: <https://doi.org/10.1002/art.1780380104>
- Woolf, C. (2010). What is this thing called Pain?. *The Journal of Clinical Investigation*, 120(11), 3742-3744, doi: [10.1172/JCI45178](https://doi.org/10.1172/JCI45178)
- World Health Organisation (2016). ICD-10 Version: 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
- Xu, M., Kim, C.J., Neubert, M.J., Heinricher, M.M. (2007). NMDA receptor-mediated activation of medullary pro-nociceptive neurons is required for secondary thermal hyperalgesia. *PAIN*, 127, 253-62.
- Yllescas, C.R. (s.d). El uso del humor en psicoterapia. Psiconuc. Disponible en: <https://psiconuc.es.tl/El-uso-del-humor-en-psicoterapia.htm>
- Yunus, M.B.; Masi, A.T.; Aldag, J.C. (1989). A controlled study of primary fibromyalgia syndrome: clinical features and association with other functional síndromes. *J Rheumatol Suppl*, 19, 62-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2691684/>
- Yunus, M.B., Masi, A.T., Calabro, J.J., Miller, K.A., Feigenbaum, S.L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 11(1), 151-171, doi: [https://doi.org/10.1016/0049-0172\(81\)90096-2](https://doi.org/10.1016/0049-0172(81)90096-2)
- Yunus M.B. (2015). Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Current rheumatology reviews*, 11(2), 70-85. <https://doi.org/10.2174/157339711102150702112236>
- Yunus, M.B. (2005). Symptoms and signs of fibromyalgia syndrome: An overview. In: Wallace, D.J.; Clauw, D.J. (eds). *Fibromyalgia and Other Central Pain Syndromes*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 125-132.
- Zeldin, A., & Pajares, F. (2000). Against the odds: Self-efficacy beliefs of women in mathematical, scientific, and technological careers. *American Educational Research Journal*, 37(1), 215-46, doi: [10.2307/1163477](https://doi.org/10.2307/1163477)
- Zhang, R., Chomistek, A.K., Dimitrakoff, J.D., Giovannucci, E.L., Willett, W.C., Rosner, B.A., Wu, K. (2015). Physical activity and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Med Sci Sports Exerc*, 47, 757-64.

Zheng, W., Huang, W., Liu, S., Levitt, R.C., Candiotti, K.A., Lubarsky, D.A., Hao, S. (2014). IL-10 mediated by herpes simplex virus vector reduces neuropathic pain induced by HIV gp120 combined with ddC in rats. *Mol Pain*, 10, 49.

Zinker, J. (1978). *El proceso creativo en terapia gestáltica*. Barcelona: Paidós.

## **SOBRE LOS AUTORES Y LAS AUTORAS**

### **Alejandro Hernández Kunstmann**

Licenciado en Ciencias Odontológicas, Universidad de Chile. Cirujano Dentista, Universidad de Chile. Profesor Première Classe, Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Clermont-Fd1, Clermont-Ferrand, Francia. Fellow in Pain Research, Neurobiology and Anesthesiology Branch, NIDR-National Institutes of Health (NIH), Bethesda, MD, USA. Profesor Titular de la Universidad de Santiago de Chile. Investigador en el Laboratorio de Neurobiología. Especialidad en Fisiopatología del Dolor Crónico. <https://orcid.org/0000-0001-9222-6522>

### **Andrea Lizama Lefno**

Socióloga, Universidad de Chile. Doctora en Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona. Profesora Adjunta en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Directora del Diplomado en Fibromialgia en la misma universidad. Docencia en Metodologías de investigación y en temáticas vinculadas a la Sociología de la Salud. Investigadora en la línea de Salud y Género. <http://orcid.org/0000-0001-8764-6928>.

### **Bárbara Acuña Jujihara**

Licenciada en Sociología, Universidad de Chile. Estudios de postítulo en Investigación Social del Cuerpo y las Emociones, Género, Ecología Social y Política, y Sustentabilidad. Jefa de la unidad de vinculación con el mundo público y social de la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio, Universidad de Santiago de Chile. Experiencia en gestión universitaria con enfoque de Derechos, Sustentabilidad y Pertinencia social con los territorios. Ha participado en investigaciones en la línea de Participación ciudadana, Género y Evaluación de Programas municipales y gubernamentales. <https://orcid.org/0000-0002-5411-5896>.

**Cecilia Baeza Correa**

Antropóloga y Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Actualmente cursando doctorado en Estudios Latinoamericanos en la Universidad de Santiago de Chile y docente en la Facultad de Ciencias Médicas de la misma universidad. Investigación vinculada a la Antropología del género y Antropología de la salud, líneas teóricas a partir de las cuales ha profundizado en la experiencia subjetiva de mujeres en relación a salud/enfermedad, sexualidad y envejecimiento. El desarrollo de sus investigaciones se ha construido desde una perspectiva feminista. <https://orcid.org/0000-0002-9584-2563>.

**Felipe Araya-Quintanilla**

Kinesiólogo, Universidad de Las Américas. Doctor en Investigación Sociosanitaria y de la actividad física, Universidad de Castilla-La Mancha. Magíster en Medicina y Ciencias del Deporte, Universidad Mayor. Investigador y Coordinador en el Centro de Investigación de Rehabilitación en Salud (CIRES), Universidad de Las Américas. Miembro de GRADE Working Group (World organization for Making Health-Care decisions). <https://orcid.org/0000-0003-1293-4233>.

**Gabriel Pérez Campos**

Médico Cirujano y Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Residente de Psiquiatría Adultos, Universidad de Chile. Experiencia clínica en Atención Primaria en Programas de Salud Mental y Cardiovascular y en personas con diagnóstico de Fibromialgia en Centro Impulsa. Ha participado en calidad de co-investigador en proyectos de evaluación de Políticas Públicas y capacitaciones en Salud Mental, Departamento de Salud Pública, Universidad Católica de Chile.

**Gonzalo Rojas Contreras**

Médico Cirujano y Residente de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Universidad de Santiago de Chile. Diplomado en Medicina Tradicional China, Escuela San Bao. Acupunturista certificado por MINSAL. Diplomado en especialización en Neuroeducación, Centro Iberoamericano de Neurociencia, Educación y Desarrollo Humano. Experiencia clínica en Atención Primaria en Programas de Salud Mental. Docencia en Medicina y Salud Integrativa. <https://orcid.org/0000-0001-8040-6489>.

**Juan Ignacio Vargas Ruiz-Tagle**

Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile. Médico Internista, Universidad de Chile y Reumatólogo e Inmunólogo Clínico, PUC. Investigador principal en protocolos de investigación en Fibromialgia, Lupus y Artritis Reumatoide. Trabaja en la Clínica Andes Salud de Puerto Montt y en el Centro Integral de Medicina y Ejercicios (CIME) de dicha clínica. <https://orcid.org/0000-0001-8533-8825>.

**Luis Constandil Córdova**

Licenciado en Biología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Doctor en Ciencias, mención Fisiología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estadia Postdoctoral en la Unité INSERM E216, Neurobiologie de la Douleur Trigéminal, Faculté de Chirurgie Dentaire, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France. Profesor Titular de la Universidad de Santiago de Chile. Director del Laboratorio de Neurobiología e Investigador en el Centro de Desarrollo de Nanociencia y Nanotecnología (CEDENNA). Especialidad en Neurobiología del Dolor Crónico. <https://orcid.org/0000-0002-2504-0119>.

**María Jesús Muñoz-Yáñez**

Kinesióloga, Universidad de Las Américas. Master en gestión educacional Universidad Europea de Madrid (IEDE Business school) y Master en investigación sociosanitaria, Universidad Castilla de la Mancha. Académica y Directora de Investigación y Doctorados de la Universidad Gabriela Mistral. Fundadora y presidenta de Fundación Rehabilitar. Académica Asociada en Universidad Gabriela Mistral. Experiencia en fisioterapia con personas afectadas de Fibromialgia. Docencia universitaria en temáticas vinculadas a dolor crónico y actividad física. <https://orcid.org/0000-0002-3902-5622>.

**Mauricio Gateño Núñez**

Psicólogo y Magíster en Psicología Clínica, Universidad Andrés Bello. Fundador y Director de Centro Impulsa de Fibromialgia. Diez años de experiencia en psicoterapia grupal e individual con personas afectadas. Relator de charlas psicoeducativas. Panelista y conductor radial en programas de Fibromialgia, Salud Mental y calidad de vida. <https://orcid.org/0000-0002-1736-7963>.

**Miguel Bustamante Araneda**

Tecnólogo Médico y Egresado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Ha trabajado como investigador en Neurociencias y actualmente es investigador principal en itinerarios terapéuticos de pacientes con fibromialgia.



Este libro fue posible gracias al apoyo de la Universidad de Santiago de Chile a través de la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio. En la presente edición trabajó el equipo completo de Editorial Usach:

Director  
Galo Ghigliotto

Equipo editorial  
Catalina Echeverría (editora)  
Andrea Meza (diagramación)  
Ian Campbell (diseñador)  
Consuelo Olgúin (asistente editorial)

Equipo administrativo  
Martín Angulo (jefe administrativo)  
Claudia Gamboa (secretaria)

Equipo comercial  
Emiliana Pereira (jefa comercial)  
Javier Solís (ventas)  
Aldo Opazo (asistente de ventas)



\*

Esta  
primera  
edición de  
*Fibromialgia, más  
allá del cuerpo*, se terminó  
de imprimir en octubre de 2021  
en los talleres de Gráfica LOM, con  
un tiraje de 200 ejemplares.

Para los textos de portada se utilizó  
la tipografía Univers; para  
el interior se utilizó la  
tipografía Minion  
Pro.



Fibromialgia, más allá del cuerpo, es una propuesta que invita a mirar desde varios ángulos esta condición que es frecuentemente mal comprendida. El relato integra conceptos provenientes de distintas disciplinas y áreas del saber.

Ofrece un análisis de especialistas y trae consigo una propuesta teórico/práctica enraizada en el estudio de la literatura científica y en el dato empírico que aportan profesionales clínicos y terapeutas que han atendido a cientos de pacientes durante su trayectoria. Este cruce de conocimientos permite construir un camino para entender mejor y plantear nuevas preguntas acerca de esta patología.

A diferencia de otros textos académicos, el foco de atención de esta publicación no es la Fibromialgia, sino las personas diagnosticadas con ella. Para enfatizar lo más posible esta perspectiva humana hay capítulos del libro que incluyen casos clínicos, citas y testimonios de pacientes. Así, con el sujeto puesto al centro de la investigación nace esta obra como forma de respuesta social organizada frente a problemas de salud. Con el aporte de cada uno de los coautores como base, este libro es fruto de un trabajo inter y transdisciplinario.



UNIVERSIDAD  
DE SANTIAGO  
DE CHILE

COLECCIÓN FUERA DE SERIE

