
Regulación emocional en la fibromialgia: Una revisión bibliográfica

**Trabajo Final de Grado: Grado en Psicología
Universitat Jaume I**



Autora: Verónica Cervigón Carrasco

53791185G

Tutora: Azucena García Palacios

Curso académico: 2016/2017

Convocatoria: Junio 2017

ÍNDICE

Resumen	3
Summary extended	4
Introducción	7
Objetivos	13
Procedimiento	14
Fibromialgia y regulación emocional	19
Afectividad, procesos emocionales y fibromialgia	20
Regulación emocional	26
Intervención psicológica	30
Conclusión	34
Referencias	38

1. Resumen

Teniendo en cuenta el paradigma biopsicosocial en salud, los aspectos psicológicos juegan un papel relevante en todo proceso de enfermedad, pero esta relevancia se encuentra especialmente marcada en las enfermedades que cursan con dolor crónico, especialmente la fibromialgia, en la que la calidad de vida se ve seriamente afectada. En concreto, se ha encontrado que las emociones y su manejo, se constituyen como determinantes en la experiencia y vivencia del dolor en estos pacientes, así como también en las estrategias de afrontamiento de este. Los pacientes con fibromialgia tienden a un manejo desadaptativo y a una desregulación emocional, de manera que la intervención con objetivo de asegurar una buena regulación de las emociones es de relevancia para garantizar su mejor ajuste y bienestar psicológico, que se traduce en una mejora en el resto de esferas en la persona afectadas. Por ello, el presente trabajo se trata de una revisión sistemática y exhaustiva sobre el papel de las emociones en fibromialgia, pasando por los estilos y procesos emocionales típicos en esta población, para estudiar el impacto de éstos en el estado emocional del paciente. Con ello, también se pretende analizar el concepto de regulación emocional en relación a la fibromialgia, para analizar cuales son las problemáticas relativas a ésta en la fibromialgia, y presentar aquellos componentes de intervención psicológica que se han constituido como adecuados y esenciales para dotar a los pacientes de habilidades y recursos para una buena regulación de sus emociones, y así, un buen ajuste psicológico y mejor calidad de vida.

Palabras clave: fibromialgia, regulación emocional, desregulación emocional, emociones, alexitimia, inhibición emocional

Abstract

Given the biopsychosocial paradigm in health, psychological aspects play an important role in any process of disease, but this importance has been particularly marked in diseases involving chronic pain, especially fibromyalgia, in which quality of life is seriously affected. Specifically, it has been found that emotions and their management, are determinant in the experience of pain in these patients, as well as coping strategies for this. Patients with fibromyalgia tend to display a maladaptive management, so that intervention in ensuring good regulation of emotions is important to ensure better fit and psychological well-being, which translates into an improvement in other areas in the person affected. For this reason, this work is a systematic and thorough review on the role of emotions in fibromyalgia, through the typical styles and emotional processes in this population, in order to study their

impact on the emotional state of patient. This is also analyzes the concept of emotional regulation in relation to fibromyalgia, with the aim of exploring possible psychological components that include emotion regulation training in intervention to treat fibromyalgia. The final aim is a good psychological adjustment and a better quality of life.

Keywords: fibromyalgia, emotion regulation, emotion dysregulation, affectivity, emotions, alexythimia, emotional inhibition.

2. Summary extended

The main aim of the present paper is to know the real role and impact of emotions as well as their management in the well-being and the life quality of patients with fibromyalgia. In order to do so, it has been carried out a systematic and exhaustive review of the scientific literature about emotion regulation in patients with fibromyalgia. Such review is based on the evidences on the affection pattern and the emotion processes and styles that these patients use to cope with this disease and how they contribute to poor regulation of emotions, generating a negative impact on the experience of pain and their own quality of life.

In order to understand the fibromyalgia, one of the most prevalent diseases characterized mainly by intense chronic pain, the first part of this paper deals with the general chronic pain. Basically, this first part explains that pain is an unpleasant subjective, sensory and emotional experience that is modulated by biological, psychological and social factors. Then, we focus in chronic pain, which is the kind of pain that has a stronger impact on these people who suffer from it as his implications are at all the different levels of a person: personal, psychological, social, familiar, and laboural, and hence, its treatment requires great attention. Chronic pain is characteristic of many different diseases, but it is especially representative in the muscle-skeletal diseases, and in this group, one of the most prevalent illness is fibromyalgia, especially in adult women. In spite of the multidimensionality of fibromyalgia, the conventional treatment has been traditionally focused on medical factors, leaving the psychosocial factors behind. However, this fact has changed, and nowadays both the psychological and social factors are treated.

Until recently, within the psychological factors, emotions had not been studied in depth. However, many recent research has found that emotions play a very important role in diseases such as fibromyalgia, and about it, second part of this project. Many studies show that many patients with fibromyalgia present high levels of depression, anxiety and rage, as

well as a tendency to negative emotion states, this leading to an increase of pain perception and experience and disability in these patients. On the other hand, those patients presenting high scores in positive states and emotions, experience less perception and experience of pain. This fact shows the evidence that a good management and regulation of emotions is essential for these patients.

Also this paper deals with affectivity. This emotional variable, which can be both positive and negative, has been considered by many studies as a relevant factor in fibromyalgia. These studies point out that many patients with fibromyalgia show high levels of negative affectivity and low levels of positive affectivity. Such studies also show that high levels of negative affectivity correlate with an increase of symptomatology of pain and that low levels of positive affectivity reduce the perception of symptomatology of pain. This suggests, in other words, that negative affectivity is a risk factor in fibromyalgia, and positive affectivity is a protector factor.

This review finds that scientific literature points to the involvement of emotional processes in the well-being of patients. With reference to this fact, one of the most studied and influential concepts in fibromyalgia is alexithymia. Alexithymia refers to the lack of ability to identify, differentiate and describe emotions, and this is especially prevailing in fibromyalgia. Numerous studies have shown that alexithymia correlates with the subjective severity and the increase of symptomatology, causing more pain. These studies go in the direction of the results of negative affectivity. In fact, there is a positive correlation between negative affectivity and alexithymia. Another concept related to emotions studied in fibromyalgia and presented in this paper is emotional expression. Emotional expression refers to the process through which we communicate emotions and feelings. Studies do not refer specifically to emotional expression, but to emotional inhibition, one characteristic of the patients with fibromyalgia, but they show that emotional inhibition generates an increase of the perception of pain and other physical symptoms. Rage inhibition, which is a very common characteristic in this population, is one risk factor as it is related to pain intensity, correlating positively with pain in fibromyalgia. In addition, emotional inhibition causes elevated levels of negative affectivity and negative emotional states, which, as previously mentioned, increase the experience of pain. Thus, patients with fibromyalgia present emotional deficits that affect their lives, their life quality, and their psychological adjustment. To sum up this part, we can say that patients with fibromyalgia show a tendency to emotional dysregulation. This refers to the lack of activation or efficacy in regulation strategies to manage the negative states, which has been

evident in the above mentioned. For this reason, working in resources and strategies to carry out a correct regulation of the emotions is essential in order to achieve the psychological well-being of these patients.

Being this all achieved through the emotional regulation, this project stays on the explanation of this concept. The term “emotional regulation” was first defined by Gross, one of the most important authors in this field. According to this author, emotional regulation refers to the processes through which people influence their emotions, where they have them and how to experience and express them, that is to say, the ability to modify the emotions, their expression and experience. Studies show that patients with fibromyalgia present a lack of strategies, a lack of activation of these strategies or maladaptive strategies of emotional regulation, these different situations leading to negative states that affect directly the experience of pain and disease. The emotion regulation is important in these patients in the sense that they need to reduce these emotional factors which play a role as risk factors and contribute in the pain experience, and to increase the resources, tools and strategies which protect them from the pain. For instance, the empowerment of positive emotional states and positive emotions correlates positively with a better quality of life, satisfaction and psychological well-being, and correlates negatively with the experience of pain and psychological maladjustment.

In order to increase these adaptative strategies and to achieve a good emotional regulation, the present research shows that there are some techniques such as mindfulness which are appropriate and useful for use. Mindfulness consists in the acceptance of emotions, thoughts and sensations without judging them. Its efficacy in the pain treatment in fibromyalgia is based on an improvement of negative affectivity levels, reducing them, and also on an improvement in the life quality of patients. In addition, the revised scientific literature shows that mindfulness also increases positive feelings and emotions. Another useful technique is the emotional expression, which, as numerous studies have pointed out, helps patients reduce the intensity of negative emotions and physiological arousal.

In conclusion, it is very important to keep in mind that fibromyalgia is a health-disease process, and so, it requires an integral and interdisciplinary treatment which ensure a good treatment of the patients. Such treatment and management of the emotions is essential, because, as demonstrated in this revision, it plays a meaningful role in the life of patients with fibromyalgia.

3. Introducción

El concepto de dolor ha vivido una ampliación y evolución desde la segunda mitad del S. XX hasta la actualidad, coincidiendo con el cambio al paradigma del modelo biopsicosocial. Inicialmente, y debido a la vigencia del modelo médico, se consideraba al dolor como un fenómeno puramente fisiológico y sensorial. Sin embargo, a partir de las múltiples evidencias que dejaron patentes las limitaciones y problemáticas que presentaba el modelo médico para el abordaje integral y amplio de la salud, Engel, en los años 70, propuso el modelo biopsicosocial, paradigma vigente hasta la actualidad. En la actualidad se acepta que los fenómenos relacionados con la salud y aquellos que la conforman, son resultado de la interacción entre variables biológicas, psicológicas y sociales. (López Chicheri, 2012).

Por ello, a partir de la adopción del modelo biopsicosocial, el concepto de dolor se ha ampliado hasta constituir un fenómeno multidimensional que se ve modulado y moderado por factores biológicos, como fue propuesto con anterioridad, pero también por factores psicológicos y sociales, que se han demostrado fuertemente influyentes en éste. La adopción de este modelo multifactorial llevó a la elaboración de la "Teoría de la Puerta de Control del Dolor" de Melzack y Wall (1965), que apoya esta multidimensionalidad. Desde esta teoría se postula que en el dolor y su experiencia intervienen tres grandes sistemas superiores, que van aumentando en su complejidad y que dan lugar a las diferentes dimensiones del dolor: el sistema sensorial-discriminativo, el sistema motivacional-afectivo y el sistema cognitivo-evaluativo con las dimensiones perceptiva, emocional y cognitiva, respectivamente. Como resultado, y a pesar de que se han dado múltiples definiciones posibles, podemos decir que el dolor se define como "una experiencia subjetiva, sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular actual o potencial" (*International Association for the Study of Pain*, 1979)

Aunque encontramos diferentes clasificaciones del dolor basadas en distintos criterios, según la American Chronic Pain Association (2016), tradicionalmente el dolor ha sido clasificado en dolor agudo y en dolor crónico:

- Dolor agudo: se entiende por aquel con causa conocida, cuya aparición es reciente a la causa y es transitorio
- Dolor crónico: hace referencia a aquel que se prolonga en el tiempo por más de 3-6 meses, es recurrente, y aunque puede variar de intensidad y duración, al no

desaparecer por completo compromete el bienestar de la persona en diferentes áreas de su vida. Es aquel que va más allá de la causa que lo ha generado.

La principal diferencia entre ambos tipos de dolor reside en la persistencia y temporalidad, siendo el dolor crónico persistente y recurrente y de una temporalidad superior al intervalo temporal de 3 meses a partir de su inicio.

Otra diferencia sustancial, es que el dolor crónico al prolongarse temporalmente carece del valor adaptativo que posee el dolor agudo como señal de alarma por su relación directa con la magnitud de la lesión, convirtiéndose así en un proceso que supone el detrimento tanto físico, social como psicológico de la persona. Ante la persistencia de este dolor, se dan una serie de modificaciones psicológicas, sociales y neurobiológicas que modulan su prolongación en el tiempo. (Lumley, et. al. 2011)

Según la ACPS (2016), el dolor crónico, en función de su origen, se puede clasificar en:

- Nocioceptivo: causado por una lesión tisular continua por la activación de los nociceptores. (receptores del dolor)
- Neuropático: causado por daño en el cerebro, la médula espinal (SNC) o los nervios periféricos (SNP)
- Mixto: la combinación de ambos tipos.

Atendiendo al curso de acción, el dolor crónico se subdivide en:

- Periódico/Recurrente: aquel dolor que se prolonga por más de 3 meses, pero de manera intermitente.
- Continuo: aquel dolor que se prolonga por más de 3 meses sin descanso. Puede variar de intensidad pero nunca desaparece.

Debido a la multidimensionalidad y a las implicaciones que subyacen al dolor crónico, representa un reto de gran complejidad en su tratamiento para diferentes profesionales de la salud (médicos, fisioterapeutas, enfermeros, psicólogos...) - pues a diferencia del dolor agudo, el dolor crónico se constituye como una enfermedad en sí mismo ya,- que debido a su interferencia en las diferentes áreas de la vida de una persona puede representar una problemática de gran gravedad. Por otro lado, en Europa, y en concreto en España, el reto reside a la vez en el hecho de que el dolor crónico es altamente prevalente, lo que se traduce en elevados costes para el sistema sanitario. En definitiva, el dolor crónico

constituye una clara problemática de salud pública (Casals & Samper, 2003; citado por López Chicheri, 2012), .

Cuando nos centramos en Europa, encontramos que según el estudio de Langley (2011), un 20% de la población europea informaba padecer dolor en el último mes y casi la mitad (8'8%), a diario. Los datos en España podemos decir que van en una dirección similar, puesto que, estiman que en el año 2010, había una prevalencia del dolor crónico en la población española de entre el 12 y 17% del total, en función de cómo se operacionalizara, siendo la lumbalgia y la fibromialgia los más prevalentes: 14'7% y 3-4%, respectivamente. Los datos sobre incidencia son menos consistentes, pero apuntan a que la incidencia es mayor en el dolor crónico neuropático, siendo de un 77% aproximadamente (Soares, Sola, Aromataris, Tornero, Pérez, Margarit & Kleijnen, 2010).

Aunque el dolor crónico, es una enfermedad que puede aparecer en cualquier estadio del ciclo vital, estos mismos estudios apuntan a que las principales afectadas son mujeres adultas, con edades comprendidas entre los 51 y 57 años, y que la duración media del dolor crónico en nuestro país se encuentra entre los 6 y 14 años, convirtiéndose en dolor crónico de grado severo un 44%, lo que representa casi la mitad del total. (Soares, Sola, Aromataris, Tornero, Pérez, Margarit & Kleijnen, 2010).

Encontramos que dentro del concepto "Dolor crónico" y sus variantes se encuentran encasilladas gran cantidad de dolencias que han adquirido el estatus de enfermedades como lumbalgia, esclerosis múltiple, reumalgia o fibromialgia entre otras tantas. Los datos apuntan a que las enfermedades de origen músculo-esquelético son las más prevalentes en nuestra población (Langley, 2011). Entre estas una de las principales destacadas es la fibromialgia, afectando a casi un 4% de la población, lo que en términos absolutos, se convierte en casi 1'5 millones de personas aprox.

La fibromialgia es una enfermedad cuyo síntoma central es el dolor crónico generalizado y no progresivo (López Chicheri, 2012). Este dolor se manifiesta en músculos, ligamentos, articulaciones, tendones y vísceras , de manera continua, difusa y múltiple. (Asociación divulgación fibromialgia, ADFM, 2012; *Institut Ferran de Reumatologia*, 2015). Otros síntomas que refieren los pacientes con fibromialgia, al margen del dolor ya comentado, son: cansancio constante y fatiga , alteraciones de los ritmos del sueño, alteraciones

cognitivas como la pérdida de concentración y memoria, y alteraciones emocionales como ansiedad y tristeza (ADFM, 2012; Wolfe, et. al. ; citado por López Chicheri, 2012).

La fibromialgia responde a un aumento de la sensibilidad y la percepción al dolor del Sistema Nervioso Central y es considerada en la actualidad como una enfermedad reumatológica cuya etiología es desconocida (Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, 2011).

Esta misma ambigüedad vista en su causa ha sido la causante en mayor parte de los cambios sucesivos que se han dado en su denominación. En el siglo XIX recibió denominaciones como reumatismo muscular, reumatismo tisular y posteriormente, reumatismo psicógeno al no encontrar su origen orgánico, para posteriormente pasar a llamarse miolastania. (Villanueva et.al, 2004; citado por López Chicheri, I. 2012). Durante el siglo XX y hasta los años 90 de este mismo siglo, la denominación de esta enfermedad fue fluctuando en términos como “fibrositis”, “miofibrositis” o “síndrome miosfacial”. (López Chicheri, I. 2012). Finalmente, en 1990 es cuando la enfermedad adquiere el término por el que se conoce actualmente, fibromialgia, así como también una definición global y consensuada, de la mano del *American College of Rheumatology*, ACR. (Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, 2011).

Es en 1992 cuando finalmente la fibromialgia es categorizada como una enfermedad y es incluida en la CIE-10 , bajo los siguientes criterios diagnósticos:

1. Dolor generalizado, durante al menos 3 meses, en el esqueleto axial y al menos tres de los cuatro cuadrantes corporales.
2. Puntos dolorosos (*Tender Points*): son aquellos que en teoría son muy sensibles a estímulos mecánicos. De un total de 18 puntos dolorosos, el paciente debe notar dolor ante la presión del clínico en un mínimo de 11.

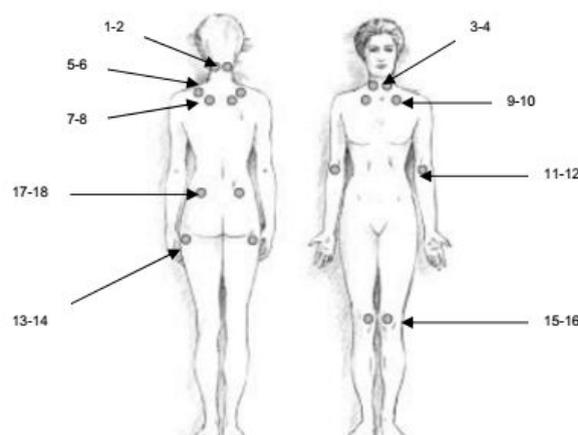


Figura 1. Localización de los puntos tender.

En 2010, y ante las múltiples limitaciones encontradas en los criterios diagnósticos de 1990, como la falta de contemplación en éstos de factores clave en la fibromialgia como las alteraciones de sueño, emocionales o la fatiga, el ACR propuso unos nuevos criterios diagnósticos, esta vez atendiendo al dolor generalizado y a la gravedad de sus síntomas (Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, 2011).

La fibromialgia representa en nuestro país la enfermedad reumatológica con mayor tasa de consulta en los centros de atención primaria, por lo que se trata de una gran problemática para nuestro sistema sanitario y de salud pública por todos los costes derivados de ello. Los datos apuntan a que el 2'4% de la población española está afectada por esta enfermedad, siendo claramente mayoritaria en mujeres que en hombres, 4'2-5'5% y 0'2-0'75 respectivamente; y con edades concentradas entre los 40 y 49 años. (Sociedad Española de Reumatología, 2001), con una duración media previa a la búsqueda de ayuda que oscila entre los 6 y 12 años. . Se trata de la tipología de dolor crónico generalizado más prevalente en nuestro país (Quintner, 1992 ; citado por López Chicheri, 2012).

En la fibromialgia, como enfermedad que cursa con dolor crónico generalizado, se da la confluencia de una serie de factores biológicos o físicos, psicológicos y sociales, que tienen una serie de implicaciones personales que generan en las personas que la padecen incapacidad a nivel físico, social, familiar y/o laboral, de manera que tiene un fuerte impacto en su calidad de vida. Estas personas tienen problemas de sueño, fatiga, cansancio, problemas laborales por el absentismo, reducción de las actividades cotidianas y de las relaciones sociales, así y como problemas emocionales asociados a ansiedad, depresión o irritabilidad (Écija., 2012). Comentar que todo ello coincide con la percepción que tienen los mismos pacientes sobre las áreas que se ven afectadas en su vida, presentando éstos demandas asociadas a los síntomas físicos, a los problemas laborales, sociales, y emocionales y cognitivos. (Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, 2011).

Es decir, podemos afirmar que el impacto de la fibromialgia en el paciente se extiende más allá de la salud, afectando a otras esferas(Asociación de Divulgación de Fibromialgia, 2011) y es esta multidimensionalidad del impacto que también se apuntaba desde el modelo biopsicosocial precisamente es la que deja patente la necesidad de ofrecer a los pacientes que la padecen un tratamiento integral e interdisciplinar que aborde los diferentes factores que intervienen, modulan o exacerban la enfermedad y su percepción. (Amaro, Martín, Soler & Granados, 2006)

Tradicionalmente, y debido a la preponderancia anterior del paradigma médico, el tratamiento que se le ofrecía a los pacientes con una enfermedad como la fibromialgia era estrictamente médico, y la terapia psicológica no era considerada o solo era recomendada como complementaria. Sin embargo, se observó que pacientes con el mismo diagnóstico, en este caso fibromialgia, presentaban diferencias en la sintomatología y calidad de vida experimentadas. Actualmente, y gracias a estudios posteriores se sabe que parte de esta varianza entre pacientes era causada por la mediación de aspectos psicológicos como la atención al dolor, los pensamientos negativos asociados, el locus de control o las respuestas emocionales entre otros (ADFM, 2011).

Dentro de estos aspectos psicológicos se ha visto que las emociones, entre otros factores, juegan un gran papel en la percepción del dolor, en su experimentación y manejo, así y como en la retroalimentación de los aspectos cognitivos y fisiológicos, exacerbando o aliviando los síntomas. Se ha visto que gran parte de los pacientes con fibromialgia suelen obtener mayores puntuaciones en ansiedad, depresión e ira, presentando tendencia a los estados de ánimo negativos, lo que a su vez aumenta la percepción de dolor, mientras que los pacientes con mayores puntuaciones en escalas de estados de ánimo positivo presentan una menor percepción del dolor (Lumley, et. al., 2011).

Además, se ha visto que los pacientes con fibromialgia puntúan alto en escalas de alexitimia, es decir, en la dificultad para la identificación, diferenciación y etiquetado de emociones, las cuales se ha visto que correlacionan positivamente con la gravedad del dolor (Lumley, et. al., 2011). Por otro lado, en estudios como el de Burns y cols. (2008), se ha visto que el estilo emocional del paciente con fibromialgia repercute en su experiencia de dolor, siendo los estilos emocionales represivos los que presentan mayor relación con mayores niveles de sintomatología dolorosa (Lumley, et. al., 2011).

En estudios como el de Epstein y cols. (1999), se encontró que la fibromialgia presenta alta comorbilidad con trastornos emocionales y del estado de ánimo, especialmente ansiedad y depresión, los que, tanto a corto como a largo plazo, exagera los síntomas de la fibromialgia y comprometen la funcionalidad de la persona, disminuyendo su calidad de vida considerablemente. De hecho, se estima que hasta un 35% de los pacientes con fibromialgia cursan también con trastornos de ansiedad o depresivos. (Epstein y cols, 1999; citado por Écija, 2012)

Tradicionalmente, y debido a la superioridad que se le ha otorgado a los procesos cognitivos desde nuestra disciplina, los procesos emocionales han sido relegados a un segundo plano. Por esta razón, la investigación sobre emoción y fibromialgia no es muy extensa. Sin embargo, y a la luz de estos los datos presentados anteriormente, parece obvio que las emociones, provocan un impacto en la fibromialgia y su sintomatología, e indirecto en la interferencia y afectación de las diferentes áreas de la vida de los pacientes que se ven comprometidas a causa de la enfermedad. Por ello, parte del trabajo de psicólogo, que conforma parte del equipo interdisciplinar para el tratamiento del paciente con fibromialgia, se debe centrar en la atención y el trabajo con los aspectos emocionales (procesos y estados emocionales) y en su regulación con objeto de que las emociones más que factores exacerbantes o mantenedores del dolor crónico se conviertan en una herramienta de regulación y minimización de este dolor, con objeto de aumentar la funcionalidad y la autonomía del paciente, y con ello mejorar la calidad de vida y minimizar el impacto de la enfermedad.

4. Objetivos

Con el presente trabajo se pretende conocer cuál es el estado actual de la investigación relativa al impacto que ejercen las emociones y su regulación en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Es decir, conceptualizar las variables a estudiar en este trabajo: fibromialgia, regulación emocional, estilos emocionales, etc; y como interaccionan entre sí en el proceso de la enfermedad abordada. Con ello, se hace alusión tanto al estudio de aquello que apuntan las investigaciones en relación al tema, es decir, lo relativo a los estilos y procesos emocionales y su rol en la regulación emocional y bienestar emocional en el paciente, como a la detección de aquellos campos que no están tan desarrollados en la investigación a pesar de su posible relevancia. Además, dentro de este análisis también tendrá lugar el descubrimiento de aquellas técnicas que la literatura científica apunta como primordiales en el abordaje psicológico de las emociones en pacientes con fibromialgia, con objeto de dar un enfoque integral y completo en la temática a abordar en este trabajo.

5. Procedimiento

En un primer momento, se determinó tras la adjudicación de las temáticas de los proyectos que este trabajo se centraría en la temática de “aspectos psicológicos en pacientes con dolor crónico”. Tras la adjudicación de la temática y la primera reunión con la profesora tutora, y debido a la amplitud que representaba la temática, se decidió acotar la temática por tal de centrar y tratar los contenidos de este trabajo de manera más específica y detallada. Por lo que respecta a los aspectos psicológicos se decidió centrar el contenido de este trabajo en regulación emocional, y dentro del dolor crónico se seleccionó la fibromialgia, con gran prevalencia en la población española.

La búsqueda del material bibliográfico en su totalidad para la realización de este trabajo se llevó a cabo durante las dos primeras semanas del mes de noviembre del año 2016. Debido a la temática en la que se centra este proyecto, seleccioné una serie de conceptos clave que servirían como el primer paso para iniciar la búsqueda de información en las diferentes bases de datos.

Las bases de datos y las páginas webs en las que se basó principalmente la búsqueda de información:

- Dialnet: es un portal online creado por la Universidad de la Rioja. He elegido esta fuente debido a que se trata de un portal online en el que se encuentran todas las publicaciones realizadas en el territorio español de cualquier temática posible, lo que incluye las temáticas de interés en este trabajo.
- Google académico: he seleccionado esta fuente debido a que permite el acceso a publicaciones científico-académicas de diferente naturaleza: libros, bases de datos, tesis doctorales...etc, de manera que constituye una herramienta potente en la búsqueda de material de interés.
- Pubmed/NCBI : elegida por ser una base de datos para la búsqueda de artículos de investigación en las diferentes ramas de la salud, en las que se encuentra la psicología.
- Web <https://theacpa.org> : se ha seleccionado esta web por ser la página oficial de la Asociación Americana del Dolor Crónico, de manera que podría poseer información de interés para el presente trabajo.
- Web <http://www.infocop.es> : esta web ha sido seleccionada debido que es el enlace a la mayor revista online de psicología en nuestro país.

- Web <http://www.fibromialgia.pro/> : esta página web se ha seleccionado por ser la web de la Asociación de Divulgación de la Fibromialgia, aborda uno de los constructos principales de este trabajo.

Las palabras claves seleccionadas en un inicio fueron: En castellano: “dolor”, “dolor crónico”, “fibromialgia”, “regulación emocional”, “pacientes”, “emoción+dolor crónico”, “impacto y dolor crónico” y “estrés”; y en inglés: “pain”, “chronic pain”, “emotion”, “emotional regulation” y “fibromyalgia”. Una vez revisado el material encontrado, seleccioné otro conjunto de conceptos para profundizar más en la búsqueda y acotar la cantidad y temática del contenido. Las palabras seleccionadas esta vez fueron: “fibromialgia” acompañada de: En castellano: “regulación emocional”, “expresión emocional”, “variables emocionales”, “emoción” “mindfulness”, “estilos emocionales” y “técnicas”; y en inglés de “emotion regulation” y “emotional styles”. Tras esta segunda búsqueda, realicé una revisión en la que finalmente escogí el material en el que basar el trabajo. En la primera búsqueda encontré 12 documentos de los que me quedé con 6, y en la segunda búsqueda encontré, 8 documentos, de los que me quedé con 3.

Documento: Écija Gallardo, C. (2012). *Regulación emocional, afecto, variables cognitivas y bienestar psicológico. Análisis diferencial en mujeres con y sin fibromialgia*. Doctorado. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos

Fuente: <http://www.fibromialgia.pro/>

Palabras clave: “Regulación emocional”, “Fibromialgia”

Justificación: he decidido seleccionar este documento debido a que se trata de una tesis doctoral relativamente reciente, que aborda precisamente la temática en las que se centra este trabajo: regulación emocional en fibromialgia,. Tras revisarla, se aprecia que se trata de un documento extenso y minucioso sobre la temática y sus diferentes aspectos, por lo que puede resultar de interés.

Documento: Lumley, M.A., Cohen, J.L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A.M., Porter, L.S.m Schubiner, H. & Keefe, F.J. (2011). Pain and Emotion. A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (9), pp. 942-968

Fuente: Pubmed

Palabras clave: “Chronic pain”, “Emotion”

Justificación: he decidido seleccionar este documento debido a que habla tanto de los procesos emocionales como de los estilos emocionales que se ven implicados en las enfermedades con dolor crónico, y ello puede ser relevante para entender los mecanismos de regulación de estos pacientes.

Documento: Zautra, A.J. & Smith, B., Affleck, G. & Tennen, H. (2001). Examinations of Chronic Pain and Affect Relationships: Applications of a Dynamic Model of Affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), pp.786-795

Fuente: Pubmed

Palabras clave: "Chronic pain", " Emotional regulation"

Justificación: he seleccionado este documento debido a que analiza minuciosamente la relación entre el dolor crónico y la afectividad. Se ha visto que la afectividad juega un papel importante en las estrategias de regulación emocional y en la misma regulación afectiva, de manera que puede ser un documento de utilidad.

Documento: Zautra, A.J., Johnson, L.M. & Davis, M.C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), pp. 212-220.

Fuente: Pubmed

Palabras clave: "Chronic pain"

Justificación: la razón por la que he escogido este artículo es que deja patente la importancia de la buena regulación emocional en pacientes con dolor crónico mostrando el papel protector de las emociones positivas en estas enfermedades.

Documento: Hamilton, N.A., Karoly, P. & Kitzman, H. (2004). Self-Regulation and Chronic Pain: The Role of Emotion. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), pp.559-576

Fuente: Google académico

Palabras clave: "Chronic pain", "Emotion", "Emotional regulation"

Justificación: he seleccionado este artículo ya que aporta información complementaria a otros artículos sobre la importancia del papel de la emoción en enfermedades que cursan con dolor crónico, los estilos y estrategias de afrontamiento y los procesos emocionales.

Documento: Greenen, R., Van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M.A., Bijlsma, J.W.J. & van Middendorp, H. (2012). The match-mismatch model of emotion processing styles and emotion regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, pp.45-50

Fuente: Google académico

Palabra clave: "Fibromyalgia", "emotional regulation"

Justificación: he seleccionado este documento porque se centra en el análisis de los diferentes estilos y estrategias de procesamiento y regulación de la emoción en pacientes con fibromialgia, dando datos e información de interés para mi revisión sobre la temática

Documento: Ortega Alcaraz, V. (2015). Mindfulness y regulación emocional. Trabajo de Fín de Grado). Jaen: Faultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de Jaen.

Fuente: Google académico

Palabras clave: "Mindfulness", "regulación emocional"

Justificación: he escogido este artículo debido a que en otros documentos encontrados se hace referencia al mindfulness como una de las técnicas actuales más eficaces para conseguir trabajar la regulación emocional.

Documento: Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. & Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, pp. 15-28

Fuente: Dialnet

Palabras clave: "Dolor crónico"

Justificación: he decidido seleccionar este artículo porque aporta información complementaria al anterior artículo sobre resiliencia, sobre la importancia de las emociones positivas en los procesos de salud-enfermedad

Documento: Amaro, T., Martín, M.J., Soler, P.A. & Granados, J. (2006). Fibromialgia: estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace*, 79, pp.47-52

Fuente: Dialnet

Palabras clave: "Fibromialgia", "impacto"

Justificación: he seleccionado este documento, debido a que muestra la importancia del tratamiento psicológico en la fibromialgia, lo que justificaría el apartado de intervención psicológica en mi proyecto"

Una vez iniciada la redacción de la revisión tras la lectura de todos los documentos, reparé en que me resultaba necesario realizar una búsqueda con mayor profundidad en lo que respecta al concepto de alexitimia, y especialmente, sobre la intervención en cuanto a regulación emocional respecta en pacientes con fibromialgia, ya que la información de las fuentes documentales anteriores no me parecía lo suficientemente analítica y expositiva. Con todo ello, realicé una nueva búsqueda bibliográfica. Esta vez, las palabras utilizadas han sido "alexitimia", "dolor crónico" y "fibromialgia" junto a "mindfulness", "aceptación", "expresión emocional" y "tratamiento"

Documento: Fernández-Montalvo, J. & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: Concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3), pp. 357-366

Fuente: Dialnet

Palabras clave: "Alexitimia"

Justificación: he decidido seleccionar este documento debido a que tras la

primera redacción, el concepto de alexitimia no estaba lo suficientemente expuesto y se requería de mayor información, información que se encuentra en este artículo de manera detallada.

Documento: Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), pp.37-60

Fuente: Dialnet

Palabras clave: "Dolor crónico", "Tratamiento"

Justificación: la razón por la que he seleccionado este documento es porque tras su revisión he considerado que había información relativa a los factores emocionales en el dolor crónico a tener en cuenta. Papel ampliador de información.

Documento: Camino Vallhonrat, A., Jiménez Rico, B., de Castro-palomino i Serra, M. & Fábregas, M. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), pp. 203-215

Fuente: Google académico

Palabras clave: "Fibromialgia" junto a "Expresión emocional"

Justificación: he seleccionado este documento porque me permite ampliar la información sobre el papel de las emociones desadaptativas en los enfermos con fibromialgia.

Documento: Quintana, M. & Rincón Fernández, M.E. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para pacientes con Fibromialgia. *Clínica y salud*, 22(1), pp. 51-67

Fuente: <http://www.infocop.es>

Palabras clave: "Fibromialgia", "Mindfulness"

Justificación: he seleccionado este documento debido a que aporta información sobre la eficacia de la aplicación del mindfulness como técnicas para trabajar la regulación emocional en enfermos con fibromialgia"

Documento: Plantada Soto, S., Cordon Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J. (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia: una experiencia clínica. *Cuadernos de Psicología y Psiquiatría de Enlace Revista Iberoamericana de Psicología*, 106, pp. 54-62

Fuente: Dialnet

Palabras clave: "Fibromialgia", "Aceptación"

Justificación: he escogido este artículo debido a que aporta una información extensa sobre la eficacia de la terapia de la aceptación y compromiso en fibromialgia. En otros documentos estaba comentada, pero no de manera detallada, por lo que ha sido necesaria la incorporación de este artículo en la revisión.

Documento: McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148,141-147

Fuente: Google académico

Palabras clave: "Chronic pain", "Mindfulness"

Justificación: finalmente, he seleccionado este documento debido a que resulta complementario en cuanto a la información relativa sobre las técnicas eficaces en el tratamiento en regulación emocional en pacientes con fibromialgia.

Para finalizar, comentar que de manera paralela a la selección de aquellos documentos encontrados que resultan útiles para la elaboración de este trabajo, se han ido descartando otros. Las razones son múltiples: misma información que en otros documentos seleccionados pero menos extensa, fuentes no fiables, baja calidad en la redacción o irrelevancia para las temáticas que nos incumbe.

6. Fibromialgia y regulación emocional

La fibromialgia, como enfermedad que se caracteriza principalmente por dolor crónico generalizado, representa un gran impacto en la vida de la persona que la padece a consecuencia del deterioro que sufre en relación al funcionamiento a nivel personal, social, familiar y/laboral, así y como, dificultades para experimentar bienestar psicológico. Dentro de la afectación que genera cualquier enfermedad que cursa con dolor crónico, en nuestro caso, la fibromialgia, encontramos que hay una afección tanto cognitiva como emocional, que va a ser determinante en la conducta, actitud y afrontamiento de la persona durante su enfermedad. (Amaro, Martín, Soler & Granados, 2006)

En los inicios del estudio del dolor crónico, la emoción no era contemplada ni considerada como un factor influyente o mediador en la experiencia del dolor enfermedades como la fibromialgia. Probablemente, ello era debido a la preponderancia del conductismo y el modelo médico en un primer momento, fieles defensores de lo observable, en detrimento de los procesos psicológicos que no se observaban directamente, y a la corriente cognitivista posterior, centrada en los procesos puramente cognitivos. Sin embargo, con la entrada del paradigma multidimensional biopsicosocial, surge la ya comentada Teoría de la Puerta (Melzack y Wall, 1982), en la que al margen del componente sensorial tan conocido y estudiado del dolor, se manifestaba la existencia de componentes conductuales y emocionales en las que se pasaron a incluir las variables cognitivas y emocionales que se encontraban en la dimensión afectiva del dolor (Écija, 2012). Por otro lado, si recordamos la

también comentada definición de dolor dada por el IASP (1979), encontramos que dentro de ésta, se engloba a la experiencia emocional de la persona, de manera que las emociones vuelven a aparecer en el contexto del dolor, y la hipótesis y evidencia de que éstas forman parte de la experiencia de dolor toma cada vez más fuerza.

A partir de este momento surgieron una gran cantidad de estudios, alguno de los cuales que se citarán a lo largo de la revisión en los que se evidenciaba las diferentes relaciones existentes entre el afecto positivo y negativo, los estados y estilos emocionales y su expresión, entre otros, y el dolor en enfermedades como la fibromialgia, y el hecho de que las emociones, en general, juegan un rol importante en las enfermedades que cursan con dolor crónico. De manera, que a diferencia de lo ocurrido en el inicio del estudio del dolor crónico, el hecho de que la emoción y afectividad son importantes en el estudio de enfermedades crónicas como la fibromialgia, ya no es debatible. (Écija, 2012)

6.1. Afectividad, procesos emocionales y fibromialgia

Aunque como se ha comentado, el análisis de los aspectos emocionales en dolor crónico, y concretamente en fibromialgia, es reciente, ya hay numerosos estudios que avalan que la afectividad de la persona en sus dos vertientes: afecto positivo y afecto negativo, influye en la experiencia y vivencia del dolor en enfermedades como la fibromialgia, y a la inversa. Por ejemplo, de estudios como el de Janssen (2002) o el de Geisser, et. al (2000), se concluye que la respuesta emocional es esencial en la experiencia de dolor, interfiriendo en el impacto de la enfermedad y en la sintomatología asociada a esta (Écija, 2012). Antes de comentar las relaciones encontradas, conviene conocer a que hacen referencia cada una de las vertientes que conforman la estructura de la afectividad.

Watson, Clark y Tellegen (1988), proponen que la estructura del afecto es bifactorial, y cada uno de los factores de esta estructura muestran la predisposición de cada individuo para experimentar emociones y estados de ánimo de un tipo u otro. Estos factores son (Zautra & Smith, 2001) :

- **Afecto positivo:** comprende la tendencia a experimentar, tanto emociones como estados de ánimo, cuyo contenido es agradable a nivel subjetivo, es decir, es la tendencia a experimentar emociones positivas, como energía, entusiasmo o alegría.

- **Afecto negativo:** comprende la tendencia a experimentar, tanto emociones como estados de ánimo, cuyo contenido es desagradable a nivel subjetivo, es decir, es la tendencia a experimentar emociones negativas, como ira, miedo, ansiedad o depresión.

Respecto a la relación entre el dolor en fibromialgia, y los dos tipos de afecto, los resultados de varios estudios señalan que los pacientes que cursan con esta enfermedad presentan niveles de afecto positivo y de afecto negativo inversamente proporcionales. Ello se traduce en que hecho de que presentan bajos niveles de afecto positivo y altos niveles de afecto negativo, y, además, que esta diferencia inversa es mayor que en otras enfermedades con dolor crónico, es decir, las pacientes de fibromialgia son los afectados por dolor crónico que presentan un mayor déficit por lo que al afecto positivo se refiere. (Watson, Clark y Carey, 1988; Tellegen, 1985; Zautra, 2004; citado por Écija, 2012).

En estos estudios se advierte que estos niveles tan elevados de afecto negativo elevados acaban repercutiendo en una menor funcionalidad física y una mayor experiencia sintomatológica en la persona con fibromialgia. Estos apuntan a que puntuaciones elevadas de afecto negativo correlacionan de manera positiva con la experiencia de dolor y fatiga característica de la fibromialgia, de manera que los pacientes con elevado afecto negativo experimentan con mayor intensidad y gravedad subjetiva la sintomatología asociada a este trastorno orgánico, de manera que el afecto negativo supondría un factor de riesgo en relación a la experiencia, interpretación y estimación más negativas del dolor. En contraposición, estos mismos estudios señalan que unas puntuaciones elevadas de afecto positivo correlacionan negativamente con la experiencia de dolor y fatiga, de manera que los pacientes con fibromialgia que presentan alto afecto positivo experimentan en menor grado la sintomatología. (Watson, Clark y Carey, 1988; Tellegen, 1985; Zautra, 2004; citado por Écija, 2012).

Continuando en la línea del afecto positivo, se sabe que actúa como factor protector ante la experiencia de dolor, ya que los resultados muestran que altos niveles de éste ayudan a percibir en menor grado la sintomatología dolorosa, y que ayuda a controlar los efectos perjudiciales del dolor y del afecto negativo, repercutiendo en un mejor control sobre la enfermedad y mayor funcionalidad (Zautra, Johnson & Davis, 2005)

Debido a que, como ya se ha comentado, los pacientes con fibromialgia tienden a presentar déficits en afecto positivo, y estos bajos niveles unido a la mala gestión de este afecto, carecen de la capacidad de movilizar este factor protector a un nivel que la persona tenga la capacidad de mantenerlo y contrarrestar el impacto del afecto negativo, el cual es responsable de una mayor percepción y focalización en la sintomatología de su enfermedad. (Zautra et. al., 2005; citado por Écija, 2012)

Las investigaciones en el campo de la afectividad en dolor crónico, concluyen que la tendencia afectiva de la persona, junto al tipo de estrategias de afrontamiento emocional de ésta, puede llegar a explicar casi la mitad de la varianza en la percepción de salud en esta enfermedad, de manera que en casos como la fibromialgia, se hace latente la necesidad de trabajar la afectividad del enfermo y su regulación, con objeto de tratar de movilizar la afectividad positiva, capaz de mitigar el dolor y el afecto negativo que repercuten en la funcionalidad y calidad de vida de la persona. (Écija, 2012)

En la literatura relativa a este caso, se deja patente que la afectividad es un mediador importante en la experiencia de dolor en fibromialgia, pudiendo actuar como factor protector en el caso de afecto positivo o como factor de riesgo en el caso de afecto negativo (Zautra, Smith, Affleck & Tennen, 2001). Aunque es importante y central, no sería el único factor emocional que influyente en el bienestar psicológico y físico del paciente. Se ha visto que los procesos emocionales como la conciencia, identificación y etiquetado de emociones, así como la expresión emocional también están involucrados en éste, siendo relevantes también para dar una explicación de la experiencia de dolor. (Lumley et.al, 2011)

Ante que nada, los procesos emocionales se definen como aquellos mecanismos a partir de los cuáles se originan, viven y utilizan las emociones. El primero de los procesos del cual se conoce su impacto en la experiencia y nivel de dolor en fibromialgia es el proceso de conciencia emocional. Por conciencia emocional se entiende la capacidad para identificar, diferenciar y etiquetar de manera correcta las emociones. El impacto de este proceso emocional en fibromialgia se entiende a partir de la falta de capacidad para llevar a cabo las acciones que componen la conciencia emocional. Es decir, podemos decir que en este campo, el estudio en relación a la fibromialgia se ha dado entorno a lo que han llamado **alexitimia**, uno de los procesos emocionales más influyentes y estudiados en la fibromialgia. (Écija, 2012; Lumley et. al., 2011)

La alexitimia hace referencia a la falta de capacidad para identificar, diferenciar y etiquetar o describir emociones, y en general, está presente en muchos de las enfermedades que cursan con dolor crónico (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994). Se ha visto que esta presencia es especialmente significativa en los pacientes con fibromialgia, dándose en el 80% de los éstos, además con puntuaciones que están por encima de la media normativa (Rodríguez del Amo, et. al. 2010; citado por Écija, 2012).

En múltiples estudios se ha evidenciado que los niveles elevados en alexitimia correlacionan en positivo con el grado de gravedad subjetiva experimentada del dolor. (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994). Estudios como el de Niki et al. (2002) dejan patente que los pacientes que tienen alexitimia presentan más quejas y se muestran más sensibles al contacto físico con los estímulos ambientales. Por otro lado, en el estudio anteriormente comentado, se ha encontrado mayores niveles de activación e interferencia somática que se relaciona con el grado de gravedad subjetivo experimentado del dolor y con un aumento de los síntomas físicos experimentados. Por ejemplo, la alexitimia puede llegar a causar una hiperactivación mental que puede inducir sensaciones físicas y una tensión prolongada en los músculos, generando mayor dolor (Niki et. al., 2002; citado por Écija, 2012)

En otros estudios los resultados hallados apuntan a que hay una relación entre la alexitimia y un aumento de los niveles de afecto negativo, y en la misma línea se ha encontrado que los niveles elevados de alexitimia en pacientes con fibromialgia correlacionan en positivo con los síntomas de ansiedad y depresión muy prevalentes en los afectados por fibromialgia y que pueden actuar como mediadores entre la alexitimia y el dolor en su dimensión afectiva. (Satalino, 2010; Hubert et al., 2009) Rodríguez del Amo y et.al., 2010; citados por Écija, 2012). Esta sintomatología negativa aumenta el dolor percibido y la intolerancia a éste creando mayor discapacidad y malestar físico y psicológico. Estos datos evidencian que la alexitimia se asocia con el dolor, en concreto, lo hace con el incremento de la parte emocional del dolor, es decir, su dimensión afectiva. (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994)

Comentar también que la falta de habilidad para identificar, describir y diferenciar las emociones se relaciona también con una mayor predisposición a los pensamientos catastrofistas y creencias de falta de autoeficacia, los cuales en última instancia son mediadores cognitivos que retroalimentan los niveles de afecto negativo y estados emocionales negativos, que se derivan en la sintomatología ansiosa y depresiva ya

nombrada en estos pacientes. (Geenen, van Ooijen-van der Linden, Lumley, Bijlsma & van Middendorp, 2011)

El otro de los procesos emocionales que ha sido ampliamente estudiado con relación a la fibromialgia por sus implicaciones en la experiencia de dolor, ha sido la **expresión emocional**. La expresión emocional se refiere al proceso por el que se comunican las emociones y sentimientos. (Geenen, van Ooijen-van der Linden, Lumley, Bijlsma & van Middendorp, 2011). Los primeros antecedentes del estudio de este proceso con relación a la salud y el dolor datan del paradigma psicosomático vigente a mitad del siglo XX, en el que se postula que la supresión emocional, en contraposición a la expresión, se trata de un factor mantenedor y exacerbante de enfermedades físicas (Alexander,1939; Alexander y French,1946; Dunbar,1954; citado por Écija, 2012). A partir de ese momento, y sobretodo, en las últimas décadas se ha continuado con el estudio de este proceso, pues como refleja el estudio de Dailey et al. (1990) un 57% de los pacientes refieren tener problemas en la expresión, en concreto, con la no expresión. Estudios como el de Cohen y Sarno (1989) refieren a que la no expresión emocional, es decir, la inhibición emocional, es una de las características distintivas en enfermedades que cursan con dolor crónico en general, y ello tiene una serie de implicaciones. (Écija, 2012)

Múltiples estudios relativos a la inhibición y expresión emocional postulan que en los pacientes con fibromialgia que presentan tanto una inhibición de las emociones y de los pensamientos asociadas a ellas, se pueden dar una serie de alteraciones severas que comprometen tanto el bienestar psicológico como la calidad de vida de la persona afectada. (Moix, 2005)

Por un lado, se ha encontrado que la inhibición emocional, especialmente de emociones negativas, como la ira, tristeza o el miedo, genera cuando se da de manera prolongada tanto un aumento de la sensación y percepción de dolor como otros síntomas físicos que se dan en fibromialgia como la fatiga, el cansancio o la angustia, que interfieren claramente en la vida de la persona, agravando la enfermedad (Lumley et. al., 2011). En concreto, se ha encontrado que la inhibición de la ira, muy característica en la población afectada por fibromialgia, es un factor de riesgo asociado a la experimentación de una mayor intensidad y sensibilidad de dolor en pacientes con dolor crónico. Middendorp y cols (2010) encontraron que la inhibición de la ira correlaciona positivamente con un aumento en los

niveles de dolor en pacientes con fibromialgia. (Middendorp y cols, 2010; citado por Écija, 2012)

Además, esta misma inhibición emocional lleva a una activación del sistema nervioso autónomo, lo cual es congruente con el aumento de dolor experimentado. (Buck, 1984; Pennebaker, Hughes; O'Heeron, 1987; citados por Écija, 2012). Es decir, se ha encontrado que existe una correlación positiva y significativa entre la estrategia de inhibición emocional y una mayor experiencia de dolor.

Por otro lado, en estos estudios sobre el papel de la inhibición emocional en enfermedades como la fibromialgia, se ha encontrado que ésta tiene un fuerte impacto emocional en los afectados, dado que esta inhibición se suele asociar a una negación o evitación, tanto del estado emocional como de la enfermedad y sus consecuencias. Esta situación repercute en una experiencia de mayores niveles de afectividad negativa y de estados emocionales negativos como ira, tristeza o miedo, los cuáles se consideran como factores amplificadores del dolor, además de en una predisposición a la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva (Moix, 2005).

A la luz de todos los resultados comentados con anterioridad, parece claro que las emociones y el dolor experimentado en enfermedades como la fibromialgia interactúan y están interconectados entre sí. Se ha visto que los pacientes con fibromialgia tienden a presentar problemáticas en cuanto a la identificación y descripción emocional y en la expresión de las emociones, recurriendo normalmente a la estrategia de supresión emocional. Dichas problemáticas y estrategias, según la literatura del campo obtenida hasta la fecha, actuarían como factores de riesgo en enfermedades que cursan con dolor crónico (Hamilton, Karoly & Kitzman, 2004)

En fibromialgia, tanto la supresión emocional como los déficits que llevan a la alexitimia correlacionan con una exacerbación y un aumento de los niveles de dolores percibidos, aumentando el impacto en la calidad de vida de la persona. (Geenen, van Ooijen-van der Linden, Lumley, Bijlsma & van Middendorp, 2011). Los niveles de afectividad negativa son significativamente superiores en estas personas, y superiores también a los niveles de afectividad positiva que muestra, lo que se traduce en otro factor de riesgo en el impacto de la enfermedad. Estos niveles de intensidad en afectividad negativa se ven retroalimentados por la alexitimia, la supresión de las emociones, especialmente la ira, y el aumento y

exacerbación del dolor experimentado, de manera que esta afectividad negativa y la sintomatología ansiosa y depresiva asociada pasa a jugar un papel central en la vida de la persona con fibromialgia, impactando de manera negativa, no solo en su calidad y bienestar físico, sino también en su bienestar psicológico. (Écija, 2012)

En resumen, podemos decir que lo que presentan los pacientes con fibromialgia es una tendencia a la desregulación emocional, entendida con déficits en la puesta en marcha o la eficacia de determinadas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos, en las que la alexitimia, la dificultad de identificar emociones o la inhibición emocional, son protagonistas indiscutibles. De acuerdo a autores como Gross y Muñoz (1995), citados en Écija (2012), la desregulación emocional forma parte de la varianza explicativa de muchas enfermedades que contribuye a la aparición y a la exacerbación de sintomatología y conductas desadaptativas relacionadas con las enfermedades, tanto a nivel físico, como el caso de la fibromialgia; como a nivel mental, como la depresión y ansiedad, prevalentes en dicho trastorno orgánico.

Desde el tratamiento interdisciplinar que se ofrece a los pacientes con enfermedades como la fibromialgia, la reducción de estos factores emocionales que actúan como factores de riesgo que inciden en la experiencia de la enfermedad, y el aumento de todos aquellos recursos, herramientas y estrategias que jueguen un papel beneficioso y protector en la experiencia de la enfermedad y el dolor es uno de los objetivos primordiales y centrales. Por ello, la correcta regulación emocional del paciente pasa a ser uno de los objetivos centrales del tratamiento psicológico, y todas aquellas técnicas y estrategias para conseguirla resultan imprescindibles en el tratamiento idóneo en el paciente con fibromialgia. Pues, desde los modelos de procesamiento adaptativo de las emociones se ha asociado la regulación emocional con aspectos del bienestar psicológico como la felicidad y la satisfacción con la vida

6.2. Regulación emocional

Previamente a entrar a comentar aquellas estrategias, técnicas y herramientas claves a trabajar para conseguir la correcta gestión y expresión de las emociones en pacientes con fibromialgia, es imprescindible entender a que hace referencia un término tan abstracto como puede ser el de regulación emocional.

Desde el inicio de su estudio, se le ha dado diferentes conceptualizaciones al término. Gross, uno de los principales investigadores del campo, define la regulación emocional como “aquellos procesos por los que las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”. (Gross, 1999; citado por Écija, 2012) En la misma línea, uno de los máximos exponentes españoles en este campo, Fernández- Abascal, la define como “ un conjunto de habilidades para modular el afecto o un conjunto de procesos responsables de modificar las reacciones emocionales, tanto positivas como negativas”. (Fernández-Abascal; citado por Écija, 2012) De manera que, de acuerdo a estas definiciones, la regulación emocional constaría de la capacidad para modificar las emociones, su expresión y su experiencia en las diferentes situaciones.

Otros autores expertos en el campo de regulación emocional (Linehan, 1993; Taylor, Bagby y Parker, 1997; citados por Écija, 2012), comentan que ésta se debe entender como el equilibrio entre dos polos. Por un lado, el polo de la desregulación emocional, marcado por una labilidad emocional desmesurada y una intensidad del afecto elevada. Por otro lado, el polo del control emocional en exceso, marcado por la inhibición de la expresión emocional, que afectaría directamente a la experiencia afectiva de la persona.

Desde las conceptualizaciones más integradoras y completas, no solo se entiende la regulación emocional como la capacidad de modificar la experiencia y la expresión emocional, sino que visto el impacto de las estrategias de regulación emocional fallidas que llevan a la desregulación, se entiende que las estrategias de regulación de la emoción implicarían también prestar atención a la emoción, ser consciente de ella, así y como, comprenderla para valorar su experiencia aparte de modificarla . De hecho, se ha encontrado una relación entre aquellos procesos de regulación emocional adaptativos y el estado físico, psíquico y emocional del paciente(Thompson y Calkins, 1996; citado por Écija, 2012).

Lo que han dejado patente gran cantidad de estudios y revisiones sobre regulación emocional en pacientes con fibromialgia, es que gran parte de éstos no son capaces de regular las emociones, mostrando una notoria desregulación emocional. La desregulación emocional se entiende por “el déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados negativos”. (Camino Vallhonrat, Jiménez Rico, de Castro-palomino i Serra. & Fábregas, 2009) Los déficits por parte de los pacientes que

conducen a la desregulación , en lugar de a la correcta regulación son varios y diferentes (Hervás, 2011; citado por Écija, 2012):

- Carencia en la misma activación de estrategias para la regulación que se traduce en estados emocionales negativos.
- Problemas a la hora de regular la afectividad aún con estrategias de regulación emocional activadas.
- Empleo de estrategias de regulación emocional inadecuadas o disfuncionales, que en lugar de reducir los niveles de afectividad negativa, los aumentan e intensifican.

Precisamente, debido a estos hallazgos y a que hasta el momento había carencias metodológicas y evaluativas en este campo, en 2004 aparece la escala DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), que nos permite medir aquellos procesos de desregulación afectiva no adaptativos e identificar aquellos déficits más importantes en el paciente para poder trabajar con ellos. Esta escala se subdivide en 4 escalas, que son: confusión emocional, rechazo emocional, descontrol emocional e interferencia cotidiana. La primera subescala, se puede decir que evalúa alexitimia, puesto que la escala de confusión emocional se centra en la toma de conciencia y comprensión de las emociones. La subescala de confusión emocional se refiere a la no aceptación de las emociones que lleva a la inhibición emocional anteriormente comentada. La subescala de descontrol se refiere directamente a las dificultades que presenta la persona para controlar sus emociones, y la subescala de interferencia cotidiana da una medición del impacto que todo ello tiene en la vida de la persona. Parece claro que estos déficits, como se ha dicho antes, llevan a la desregulación afectiva en circunstancias crónicas como la fibromialgia. (Felipe Mateo, Rovira Faixa & Martín-Asuero, 2014). En la misma línea metodológica, en 1991, Burckhardt confeccionó el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), que aunque no es específico para la evaluación de las emociones negativas típicas en esta enfermedad y la regulación emocional de éstas en pacientes, es cierto que sus ítems están centrados en la parte emocional y en su regulación por parte de los pacientes con fibromialgia.

Puede parecer lógico y normal que los estudios sobre regulación emocional se hayan focalizado en torno a la regulación de los estados emocionales negativos, dejando al afecto y las emociones positivas de lado. Pero lo cierto es que cada vez más, se encuentran estudios de regulación emocional en torno a emociones positivas, las que se ha visto que pueden llegar a desempeñar un papel relevante en la regulación emocional en enfermedades mediadas por el dolor crónico, como la fibromialgia. Zautra et.al en 2001 ya

comentaba la importancia de atender a ambos polos de la afectividad, tanto afectividad negativa como la positiva, pues ambos repercuten en mayor o menor medida en la vida y vivencia de la persona, especialmente, cuando está inmersa en una situación como es el padecimiento de una enfermedad. (Zautra, Smith, Affleck & Tennen, H., 2001).

Diversos estudios ya han demostrado hasta la fecha que tanto emociones, como procesos psicológicos positivos en general pueden interceder en la vivencia y recuperación de problemas de salud, tanto orgánicos como mentales. Vázquez y cols (2009) comentan que tanto estados emocionales positivos, como una visión de futuro esperanzadora y optimista así y como sentimientos de control de la propia vida, son recursos a partir de los que la persona se puede hacer valer para afrontar, no solo los acontecimientos de la vida diaria, sino situaciones estresantes, como los es la fibromialgia para los que la sufren (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009) . En estudios como el de Taylor y cols (2000) se contempla que las emociones positivas, al ser factores protectores demostrados en la experiencia de dolor y al correlacionar con la calidad de vida, satisfacción con ésta y el bienestar psicológico, intervienen en el desarrollo de enfermedades crónicas en las que las emociones juegan un papel central, siendo, como ya se ha dicho, la fibromialgia una de ellas. (Taylor y cols, 2000; citado por Écija, 2012) Por otro lado, en el estudio de Zautra y cols (2005), en población femenina con fibromialgia y artritis, se encontraron resultados en la misma línea, ya que encontraron que aquellas mujeres con niveles más elevados de afecto positivo eran menos vulnerables a las experiencias emocionales negativas, y que por tanto tenían mayor tolerancia al dolor y al estrés consecuencia del mismo. (Zautra., Johnson, & Davis, 2005)

Por ello, la afectividad positiva y, en general, todas las experiencias agradables y positivas para la persona, contribuirían en la preservación o mejora de la calidad de vida, el bienestar físico y psicológico, y la funcionalidad. Entonces, un punto a tener en consideración por lo que respecta a la regulación emocional en fibromialgia es, tanto incrementar las emociones y experiencias positivas, como aumentar y potenciar la capacidad de los pacientes para activar recursos y mecanismos con los que reducir la afectividad negativa, con fin último de reducir la experiencia de dolor. (Écija, 2012)

Las experiencias positivas y el afecto positivo en la FM se plantean como un punto clave en la preservación de la calidad de vida, el bienestar psicológico y el funcionamiento físico de

estas pacientes. Así, una línea prometedora de tratamiento podría encaminarse hacia un aumento de las emociones y experiencias positivas.

6.3. Intervención psicológica

A continuación, se pasará a enumerar las principales técnicas, herramientas y terapias específicas que la literatura más reciente en toda su extensión ha destacado como adecuadas y recomendables en el tratamiento psicológico, concretamente, en lo relativo a lo afectivo y emocional, para pacientes con fibromialgia por los efectos que tienen en la modulación e impacto de las emociones en la experiencia y conciencia de enfermedad. En estudios como el estudio de Felipe Mateo, Rovira Faixa y Martín-Asuero (2014), queda patente que programas como el MSBR aumentan la capacidad de regulación emocional debido al cambio que ejercen en la toma de conciencia de las emociones y el dolor así y como de la aceptación de los hechos como puede ser el dolor que genera la enfermedad, por lo que, tanto el MSBR como su principal componente, el mindfulness, se constituirían como una herramienta para la promoción de los estos psicológicos positivos y la prevención de trastornos y sintomatología afectiva que se da ante situaciones de estrés, como lo es una enfermedad como la fibromialgia. Además los datos que anteriormente comentados sobre las repercusiones negativas que tiene la supresión emocional, apuntan a que todos aquellos ejercicios que se centren en la libre expresión de emociones y pensamientos relacionados con su estado, ayudan a los pacientes a reducir la afectividad negativa y sus problemáticas asociadas y aumentar los recursos y habilidades de afrontamiento que se reducen en una reducción de la sintomatología y el dolor experimentados, que inciden en positivo en la funcionalidad y bienestar de la persona.

- Terapia de la aceptación y del compromiso:

Las pacientes con fibromialgia, generalmente tratan de controlar y evitar la sensación de dolor y todo aquello desagradable que va asociado a él, especialmente emociones y pensamientos, lo que paradójicamente se traduce en una mayor sensación de dolor y de malestar físico y mental. Se ha encontrado que la aceptación en contraposición al control y evitación del dolor y sus consecuencias cognitivas y emocionales, genera la disminución del dolor experimentado y mejora el funcionamiento físico, emocional y relacional del paciente (Plantada Soto, S., Cordón Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J., 2013). Por ello, se ha planteado la Terapia de Aceptación y Compromiso (TCC de tercera generación) como

una de las alternativas más recomendables, para conseguir mejoras funcionales y psicológicas en enfermos con fibromialgia. (Écija, 2012)

La Terapia de la Aceptación y del Compromiso de Wells (1986) se rige por la aceptación psicológica, es decir, la aceptación de todas las sensaciones, emociones y pensamientos independientemente de la valencia afectiva de estos, asumiendo que son incontrolables en lugar de evitar o modificarlos, lo que incluye responder a las experiencias de dolor y sus consecuencias emocionales sin tratar de controlarlas, simplemente observarlas y aceptarlas sin juicio alguno mientras se mantiene activa y en funcionamiento en su vida cotidiana, repercutiendo en una mejora del autoconcepto y de la calidad de vida. (Plantada Soto, S., Cordon Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J., 2013)

Esta terapia se ha demostrado como muy recomendable y efectiva en pacientes con enfermedades crónicas con gran impacto en la vida y en el estilo de ésta como es el caso de los pacientes con fibromialgia, independientemente del momento o fase en la que estén. (ADFM, 2012). En el estudio de McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010), se observaron beneficios y mejoras claras en aquellos enfermos con dolor crónico, tanto fibromialgia como otras afecciones, que seguían intervenciones basadas en dicha terapia, como menor dolor experimentado e impacto físico y social, así como una mejora del estado del ánimo a partir de la reducción de los niveles de ansiedad y depresión registrados. Además, incentivaba a las personas a realizar las tareas de su vida cotidiana aceptando el dolor o malestar como parte de su vida, lo que se traducía en última instancia en un aumento de la calidad de vida a largo plazo (Plantada Soto, S., Cordon Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J., 2013).

La Terapia de la Aceptación y el Compromiso se caracteriza por el abordaje de varios bloques temáticos: los valores centrales para la persona en la vida, la exposición, el distanciamiento emocional y físico y la falta de activación de determinadas funciones y el aumento de fortalezas, herramientas y recursos de afrontamiento, y lo hace a través de diversas técnicas como los ejercicios de de-fusión, la exposición, el trabajo verbal con metáforas o ejercicios de evitación frente a la aceptación (Plantada Soto, S., Cordon Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J., 2013). Pero sin duda una de las técnicas que se están constituyendo como una de las alternativas más claras en el tratamiento psicológico y regulación emocional, tanto como componente de esta terapia como elemento independiente, es el mindfulness.

- Mindfulness:

Antes de comentar la utilidad de esta técnica contemporánea en el tratamiento de la fibromialgia es importante entender el concepto del que parte. "Mindfulness quiere decir literalmente "atención plena" entendiéndose como un estado de la mente en la que se prima la visualización y total atención de pensamientos, emociones y sensaciones sin juzgarlas, simplemente observando y aceptando éstas, independientemente de lo positivas/placenteras o negativas/dolorosas que sean. (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Cardomy, Segal, Abbey, Speca, Velting y Devins, 2004; citado por Ortega, 2015).

Precisamente por esta aceptación de emociones, pensamientos y sensaciones que permite la conciencia y experiencia emocional adaptativa, se ha encontrado gran apoyo empírico de la eficacia y utilidad de esta técnica en el tratamiento de trastornos emocionales y el estado de ánimo por un lado, y en el tratamiento del dolor y otras reacciones fisiológicas adversas (McCracken, L. M. y Velleman, S. C., 2010; Grecucci y cols., 2014 citado por Ortega, 2015). Quintana y Rincon (2011) llevaron a cabo un estudio con el que pretendían evaluar la eficacia del programa de entrenamiento MBSR en la mejora de la calidad de vida y la eliminación de la afectividad negativa y sintomatología depresiva entre otras cosas. A pesar de las limitaciones presentes en el estudio, se estimó que la intervención basada en el mindfulness generaba una mejora en los niveles de afectividad negativa, reduciéndolos, y repercutiendo también en una mejora de la calidad de vida de los pacientes que se sometieron a la intervención.

Esta conciencia y experiencia emocional adaptativa en que deriva el mindfulness permiten la expresión de la emoción, la que como ya se ha visto se ve alterada en pacientes con fibromialgia por un patrón de inhibición emocional. Entre los beneficios encontrados con la implantación del mindfulness se encuentra el incremento de emociones y sentimientos positivos, y un mayor dominio y afrontamiento de las experiencias difíciles para la persona, como lo puede ser una enfermedad crónica. (Ortega, 2015)

Ya en los años 80, se empieza a implementar el tratamiento enfocado al manejo del dolor crónico basado en el Mindfulness (Terapia de la Reducción del Estrés basada en Mindfulness, MBSR), anteriormente comentado, y que ya tendría una aplicación en el dolor crónico experimentado en la fibromialgia. (Grecucci y cols, 2014.; citado por Ortega 2015). La utilidad en del mindfulness en el dolor crónico reside en el hecho de que, a través de esta técnica la persona toma la capacidad de observar su situación de dolor de la manera

más objetiva posible, aumentando la conciencia de que el causante directo de su malestar emocional y cognitivo no es el propio dolor, sino la valoración que hace de él, de manera que debe evitar juzgarlo y aprender a convivir con él como un hecho más en su vida. (McCracken, L. M. y Velleman, S. C., 2010)

Es decir, la propia aceptación del dolor provoca la reducción de la intensidad percibida por el paciente. Esta reducción de la intensidad percibida genera en la persona una visión más optimista de su situación y un aumento de su funcionalidad en las tareas de la vida cotidiana, que según McCracken, L. M. y Velleman, S. C., 2010, y como ya hemos visto con anterioridad, son fuentes de afecto y emociones positivas en situaciones difíciles de dependencia y que cursan con dolor. De hecho, cuando se administra escalas de mindfulness se observa que la capacidad de mindfulness correlaciona en negativo con emociones negativas, y en positivo con las emociones y afectividad positiva, y con calidad y satisfacción con la vida (Plantada Soto, S., Cordón Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J., 2013). Por todo ello, esta técnica se está situando como una de las principales intervenciones en pacientes con fibromialgia que tienen deficiencias o dificultades en la regulación emocional y en el manejo de su situación. (Grecucci y cols., 2014; citado por Ortega, 2015).

- Expresión emocional:

La expresión emocional se trata de la difusión de los sentimientos y las emociones. Como ya hemos visto, los paciente con alta afectividad negativa que tienen déficits en la expresión de sus emociones, presentan un impacto más elevado de su enfermedad. En el estudio llevado a cabo por Greenen, R., Van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M.A., Bijlsma, J.W.J. & van Middendorp, H. (2012), se llevó a cabo un experimento con 403 mujeres holandesas diagnosticadas de fibromialgia en que se trató de evaluar la eficacia de la técnica de expresión emocional en pacientes con alexitimia y alta intensidad emocional, y aunque no se encontraron resultados en cuanto a la alexitimia, sí que se encontraron resultados favorables del efecto de esta técnica en pacientes con fibromialgia, caracterizados por un patrón emocional intenso. Tras analizar los resultados se concluyó que la simple expresión de las emociones tras su reconocimiento y procesamiento, reducía la intensidad emocional experimentada y la activación fisiológica, a partir de una habitación y una mayor capacidad de introspección. De manera que las técnicas de expresión emocional serían válidas para aquellos pacientes que presenten emotividad intensa y una

tendencia a inhibir la expresión emocional, modificando la creencia de que inhibir las emociones les ayuda a enfrentar más satisfactoriamente la enfermedad.

Dentro de las técnicas de expresión emocional, la técnica de expresión emocional escrita ha recibido especial atención por los beneficios y efectos regulatorios en la salud y en el estado de ánimo. Gillis y cols. (2006), para ver la efectividad de esta técnica en la regulación de las emociones realizan un experimento con una muestra de 83 mujeres con fibromialgia, en las que el grupo experimental debían de escribir sobre sus emociones, mientras que el grupo control escribían sobre cualquier otra cosa. A pesar de que en las primeras mediciones se observó que el grupo experimental registraba mayor afectividad negativa, a largo plazo, concretamente a los 3 meses, no solo se observó que en este grupo había desaparecido por completo la afectividad negativa, sino que habían mejorado en otros parámetros relativos a la salud y a la calidad de vida, evidenciando su efectividad en pacientes con situación de dolor. (Gillis et al. 2006; citado por Écija, 2012).

7. Conclusión

Con la presente revisión ha quedado patente que la visión del dolor crónico, y en concreto de la fibromialgia, como una problemática a nivel únicamente orgánico y médico ha quedado totalmente obsoleta por su falta de veracidad y por las múltiples investigaciones que apuntan a la intervención y participación de la dimensión psicosocial en la vivencia del paciente con fibromialgia. Se evidencia la existencia de una concurrencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la incapacidad de la persona a diferentes niveles y que son determinantes en la actitud, conducta y afrontamiento del paciente que se enfrenta ante esta enfermedad.

Tras la realización de las búsqueda de información para la realización de este trabajo, se ha visto claramente, que por lo que respecta al componente psicológico, la investigación relativa a los aspectos emocionales y su relación con la experiencia de la fibromialgia es mucho más reciente y menos extensa que la relativa a aspectos cognitivos, debido muy probablemente a la baja consideración que ha tenido la emoción en la psicología hasta hace relativamente poco. Sin embargo, las investigaciones y estudios ya existentes al respecto evidencian que los aspectos emocionales explican parte de la varianza en la percepción y experiencia de enfermedad y en la forma en que se afronta. De hecho, los estudios como el de Epstein et. al (1999); citado por Écija (2012), muestran que hasta un 35% de los

afectados por fibromialgia muestra comorbilidad con trastornos de ansiedad y/o depresión, lo que genera que la persona perciba con mayor intensidad el dolor, abandone actividades de su vida diaria personal y laboral, se perciba menos funcional, y que además, realmente repercuta en negativo en su funcionalidad, incidiendo en su vida y en la calidad de la misma.

Uno de los principales factores emocionales que se ha estudiado y del que se ha encontrado evidencias de una asociación con la fibromialgia y la experiencia y vivencia de ésta por parte de los pacientes, es la afectividad. Los pacientes con dolor crónico tienden a experimentar elevados niveles de afecto negativo y bajos niveles de afecto positivo lo que se traduce en una mayor experiencia de dolor y una mayor grado de sintomatología experimentada, por lo que la afectividad se constituye como un exacerbante y factor de riesgo potente en el dolor subjetivo percibido en estos pacientes. Debido a que esta relación inversa entre afectos está especialmente marcada en los pacientes con fibromialgia, este patrón de afectividad es especialmente preocupante en estos pacientes, repercutiendo tanto en el dolor percibido, como en el afrontamiento, la calidad de vida y la satisfacción con ésta, y por ello uno de los aspectos trabajar en estos pacientes en su regulación.

Por otro lado, se ha quedado también patente que los procesos emocionales, en especial, la identificación, descripción y expresión son determinantes en la experiencia y afrontamiento del dolor en fibromialgia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes afectados por fibromialgia presentan un déficit en la capacidad de identificar, diferenciar, etiquetar y describir emociones, es decir, presenta elevados niveles de alexitimia (Rodríguez del Álamo et.al. 2010; citado por Écija, 2012). Y de acuerdo con lo que la literatura ha encontrado, la alexitimia correlaciona de manera positiva y significativa con el grado de gravedad experimentada en el dolor, y con la afectividad negativa anteriormente comentada. Debido a estas correlaciones, dichos pacientes son especialmente vulnerables a trastornos afectivos como la ansiedad o depresión, en los que la sintomatología afectiva es comórbida con la que padecen los pacientes con fibromialgia.

Otros de los procesos emocionales en los que se ha incidido en la investigación y en los que se ha encontrado información de relevancia es en la expresión emocional, en la que se ha visto que la supresión de las emociones negativas, al igual que la afectividad negativa y la alexitimia, correlacionan con un aumento de la sensación y percepción del dolor. Ello es preocupante, puesto que de acuerdo a Dailey et. al. (1990), el 57% de los pacientes

muestran un estilo emocional represivo, lo que contribuye a una amplificación del dolor y a una exacerbación de la sintomatología emocional negativa, encontrándonos en gran parte de los casos, con pacientes desregulados a nivel emocional.

Con todo ello, es obvio que una de las principales problemáticas ante la que se encuentran los afectados por la fibromialgia es la referente a la regulación emocional, o en su caso más correcto es decir desregulación emocional. Tanto la alexitimia y la inhibición emocional colaboran a la generación de emociones negativas y estados afectivos de la misma valencia, que contribuyen al incremento de la diferencia entre afectividad negativa y afectividad positiva, en detrimento de esta última y con gran auge de la negativa, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad a trastornos emocionales. Pues parece clara, la importancia que tiene en estos pacientes el trabajar estrategias y técnicas encaminadas a la correcta regulación emocional, pues como se ha encontrado en el estudio de Hervás (2011), o bien carecen de habilidades para activar estrategias regulativas de las emociones, o bien muestran dificultades en su manejo, o directamente utilizan estrategias que resultan desadaptativas, situaciones que llevan a un círculo vicioso de emociones negativas y dolor. Con esta la correcta regulación emocional, no solo se ha visto que es relevante decrementar los estados negativos, sino que ello no serviría de nada si paralelamente no se aumentarían aquellas capacidades y estrategias fuentes de emociones positivas y estados placenteros, los cuáles como se ha visto, se ven reducidos en estos pacientes y se ha demostrado claves en la calidad de vida, la satisfacción de la persona y su funcionalidad.

Tanto el Mindfulness, como el MSBR en el que el componente principal es el mindfulness, se postulan como técnicas estrellas en la intervención psicológica con pacientes con fibromialgia en relación a la regulación emocional, puesto que ambas ayudan a la conciencia y aceptación de los estados emocionales que experimentan y del propio dolor, capacidades que se ha visto que se encuentran en claro déficit en la mayor parte de los afectados por fibromialgia y que provocan la situación de interferencia, limitación funcional y decremento del bienestar psicológico al que se ven sometidos la gran mayoría. Esta toma de conciencia y aceptación del dolor y de las emociones llevan a un menor dolor experimentado y una reducción de la activación emocional y fisiológica relacionado con éste, por lo que tanto la terapia MSBR como el mindfulness son altamente recomendables en el tratamiento en el manejo de emociones en estos pacientes. Esta misma reducción de la sintomatología emocional y física se ha registrado en pacientes que se han sometido a una intervención en expresión emocional, siendo especialmente adecuada para aquellos

pacientes con afectividad intensa, de manera que se constituye como una posibilidad a integrar en el tratamiento psicológico de los pacientes con fibromialgia.

Cabe destacarse que la principal y determinante conclusión que se puede extraer de este trabajo de revisión es que los aspectos psicológicos, y en este caso en especial, los aspectos emocionales, ejercen una fuerte influencia en el estado de la persona afectada por fibromialgia, y que de ellos depende en gran parte, el buen ajuste, el funcionamiento y el bienestar físico, psicológico y social de la persona que padece dicha enfermedad. Por esta razón, desde el tratamiento, que debe de ser integral e interdisciplinar, es decir, recoger los aspecto psicológicos, físicos y sociales, se les debe de prestar especial atención, pues pueden repercutir en el resto de niveles que componen la persona y generar su desajuste.

Para finalizar, comentar que una de las principales dificultades y limitaciones ante la que me he encontrado a lo largo de la realización de este proyecto, es que la gran mayoría de estudios estaban centrados en los resultados obtenidos en mujeres. Es una realidad que la mayor parte de afectadas por fibromialgia son mujeres, pero no hay que olvidar que también hay una proporción, aunque sea pequeña de hombres, por lo que convendría investigar si los hombres también se registran los mismos resultados en cuanto a patrones y estilos emocionales obtenidos en las investigaciones con mujeres, ya que en caso negativo, puede ser fuente de sesgo, pues no hay que olvidar que existen diferencias en cuanto a la experimentación de sintomatología emocional, mucho menos prevalente en hombres, y en la forma de interpretar los hechos y acontecimientos, así como también en las estrategias de afrontamiento, siendo más agresivas en éstos. Ello considero que es de gran importancia especialmente a la hora de confeccionar un programa de intervención bien adaptado a los pacientes, independientemente de su sexo. Por lo tanto, esto mismo puede ser una línea de investigación futura.

8. Referencias

- Amaro, T., Martín, M.J., Soler, P.A. & Granados, J. (2006). Fibromialgia: estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace*, 79, pp.47-52
- Camino Vallhonrat, A., Jiménez Rico, B., de Castro-palomino i Serra, M. & Fábregas, M. (2009). Ira, fibromialgia y ansiedad. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), pp. 203-215
- Écija Gallardo, C. (2012). *Regulación emocional, afecto, variables cognitivas y bienestar psicológico. Análisis diferencial en mujeres con y sin fibromialgia*. Doctorado. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos.
- Fernández-Montalvo, J. & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: Concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3), pp. 357-366
- Greenen, R., Van Ooijen-van der Linden, L., Lumley, M.A., Bijlsma, J.W.J. & van Middendorp, H. (2012). The match-mismatch model of emotion processing styles and emotion regulation strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, pp.45-50
- Hamilton, N.A., Karoly, P. & Kitzman, H. (2004). Self-Regulation and Chronic Pain: The Role of Emotion. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), pp.559-576
- Lumley, M.A., Cohen, J.L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A.M., Porter, L.S., Schubiner, H. & Keefe, F.J. (2011). Pain and Emotion. A Biopsychosocial Review of Recent Research. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (9), pp. 942-968
- McCracken, L. M. y Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148,141-147.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), pp.37-60

- Ortega Alcaraz, V. (2015). Mindfulness y regulación emocional. Trabajo de Fín de Grado). Jaen: Faultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de Jaen.
- Plantada Soto, S., Córdón Barrenechea-Arando, L. & Martí Estruch, J. (2013). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes con fibromialgia: una experiencia clínica. *Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace Revista Iberoamericana de Psicopatología, 106*, pp. 54-62
- Quintana, M. & Rincón Fernández, M.E. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para pacientes con Fibromialgia. *Clínica y salud, 22*(1), pp. 51-67
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. & Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5*, pp. 15-28
- Zautra, A.J., Johnson, L.M. & Davis, M.C. (2005). Positive Affect as a Source of Resilience for Women in Chronic Pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (2), pp. 212-220.
- Zautra, A.J. & Smith, B., Affleck, G. & Tennen, H. (2001). Examinations of Chronic Pain and Affect Relationships: Applications of a Dynamic Model of Affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), pp.786-795