

Síndrome de fibromialgia e ira

Apreciado editor:

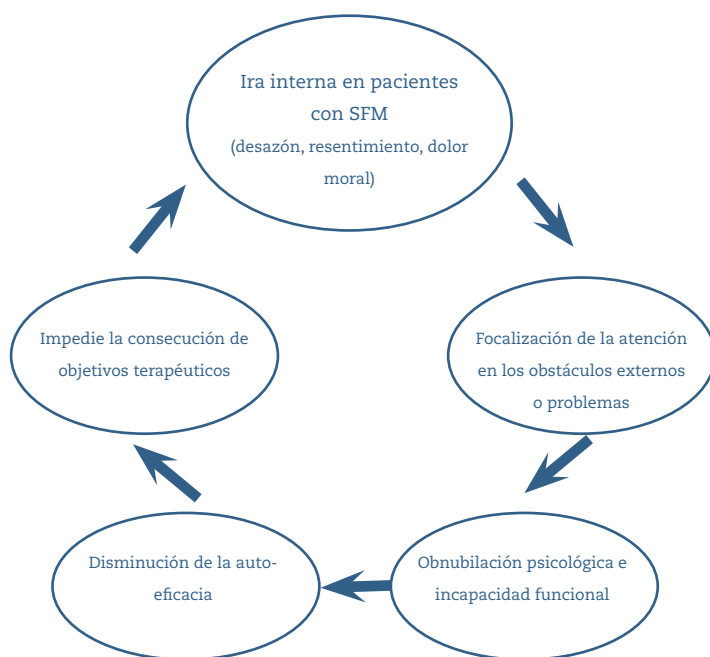
Cada vez hay más información y datos concluyentes sobre los efectos positivos y negativos que las emociones ejercen sobre la salud y, por lo tanto, parece lógico proponer un abordaje de mejora de la salud en el que las emociones jueguen un papel clave en las relaciones asistenciales sanitarias, personales y sociales que faciliten el bienestar de las personas. Sin embargo, el sistema sanitario actual y las políticas sanitarias que desarrolla se han tecnificado y distanciado del abordaje humanístico de la salud y en él las emociones y los sentimientos tienen poco espacio de preocupación y acción^{1,2}.

Los problemas de salud reumatológicos cursan de forma habitual con alteraciones funcionales, discapacidad y con una evolución crónica que inducen complicaciones psicológicas, emocionales y sociales². Además, se suelen acompañar de dolor crónico, siendo este uno de los síntomas cardinales que más condicionan una situación de afectividad negativa (tendencia a experimentar ira, disgusto, asco, culpa, temor o depresión) y afectan de forma negativa la calidad de vida de los pacientes^{2,3}. Y es bien conocida la repercusión de la ira sobre el dolor crónico al incrementar el dolor, la depresión, la alteración de la salud física y el funcionamiento psicosocial⁴.

El síndrome de fibromialgia (SFM) se ha clasificado como una enfermedad reumatológica, aunque en la actualidad se sabe que es un problema de hipersensibilidad del sistema nervioso central y es el paradigma por excelencia del dolor crónico sin lesión tisular, lo que ha condicionado su falta de reconocimiento⁵. Es la causa más frecuente de dolor crónico generalizado y multifocal que se acompaña de fatiga, insomnio y sueño no reparador, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, y comorbilidad prácticamente en todos los órganos y sistemas. Afecta al 4% de las mujeres (21 mujer por un hombre), lo que, unido a los problemas personales, asistenciales, sociales y económicos que produce, da lugar a un verdadero problema de salud pública. La falta de reconocimiento de la enfermedad, la incompreensión y el rechazo que sufren estas pacientes a nivel asistencial, familiar, laboral y social condicionan un número importante de emociones negativas (frustración, miedo, ira, irritabilidad, asco) que actúan sobre la propia enfermedad empeorando el dolor, la fatiga y el insomnio y que condicionan aislamiento social, ideas de suicidio y suicidios⁵⁻⁷.

Estas pacientes sufren un alto grado de ira interna (desazón, dolor moral, resentimiento) que frecuentemente precipita la focalización de la atención en obstáculos externos, lo que se acompaña de obnubilación psicológica e incapacidad funcional con disminución de la autoeficacia que impiden la consecución de objetivos terapéuticos, incrementa la frustración y, de forma circular, aumenta la ira interna e impide mejorar su situación basal (figura 1)^{5,6,8}.

Figura 1. Estilo rumiativo de la ira interna en pacientes con síndrome fibromialgia



SFM: síndrome de fibromialgia.

La ira es una emoción básica que no está incluida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) ni en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5®)*, lo que dificulta su conceptualización y complica su definición al estar directamente relacionada con alteraciones psicológicas o de la personalidad². La ira como emoción presenta una gran policromía conceptual y muestra múltiples significados. Se ha relacionado la ira con un estado de malestar mediante una escala de intensidad que va desde la rabia o enojo hasta su expresión más grave que es la violencia o la agresividad^{2,9}. Algunos estudios han caracterizado una forma de afrontamiento de la ira interna, el «estilo rumiativo», que se refiere a una inclinación excesiva de la persona hacia ideas y pensamientos relacionados con eventos estresantes y que, al menos en la depresión y el SFM que es donde más ha sido estudiada, intensifica y mantiene la respuesta emocional negativa^{2,4,6,8}. La forma rumiativa de la ira interna en las mujeres con SFM causa alteración del estado de ánimo, aumenta el sentido catastrofista de la enfermedad e incrementa y cronifica el dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño. Es decir, la ira interna influye de forma frecuente en la evolución y el pronóstico de las pacientes con SFM, que se manifiesta bajo distintos problemas físicos, psicológicos y sociales. La ira y el resentimiento se hacen presentes en todas las visitas médicas, y la tendencia general a inhibir la ira predice un aumento del dolor en su vida cotidiana^{4,6,8}.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Probablemente, las emociones básicas que más influyen de forma negativa en las pacientes con SFM, son la ira interna y el miedo^{5,10,11}. La repercusión del miedo en el SFM ha sido poco estudiada, aunque es conocida su influencia en el incremento de la ansiedad y del dolor en estas pacientes¹¹. Sin embargo, es bien conocida la relación de la ira interna con el SFM: esta emoción causa en las pacientes una mayor percepción y gravedad del dolor, amplía el dolor persistente, empeora la calidad de vida e incrementa la depresión y la discapacidad, lo que justifica su atención clínica y abordaje terapéutico¹⁰.

La alexitimia (conciencia emocional precaria o mutismo emocional) presenta una prevalencia en mujeres con SFM del 15-52%. Son pacientes que se sienten inútiles, con falta de autoestima, anodinia y un talante agresivo de ira hacia su entorno y hacia ellas mismas si se les cuestiona su forma de ser y actuar, además de presentar otros trastornos afectivos asociados como ansiedad y/o depresión^{5,6,8,12}. Las relaciones personales y la convivencia con pacientes con SFM con ira mantenida crean en muchas ocasiones situaciones de distocia de pareja, de maltrato y de separaciones^{5,6,12,13}.

Además, la ira es un síntoma común a varios trastornos asociados con el suicidio, y la escasa investigación que se ha hecho en esta área sugiere que puede ser un factor de riesgo transdiagnóstico que a menudo se pasa por alto tanto para la ideación suicida como para el comportamiento suicida^{5-7,13}. Dada la frecuencia de ira interna en mujeres con SFM y la existencia de un incremento de mortalidad relacionada con suicidios en estas pacientes, parece importante su estudio para dar una respuesta terapéutica adecuada y evitar muertes^{5-7,13}.

Se ha argumentado que, dado que la ira interna se asocia con resultados clínicos negativos en pacientes con SFM, abordarla en la práctica clínica podría ser beneficioso para optimizar el tratamiento y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de estas pacientes¹⁰. En la actualidad se han desarrollado programas de atención plena y de entrenamiento de fuerza que han demostrado un control interno de la ira en pacientes con SFM con una disminución del dolor, la ansiedad y la depresión¹⁰.

Además, parece relevante poner en valor la importancia que tiene hacer frente a la violencia estructural que sufren estas pacientes en la práctica asistencial y promover una atención clínica respetuosa, empática y compasiva que dedique el tiempo necesario para una atención integral de las pacientes con SFM desde la medicina narrativa (MN)^{5,14,15}. La MN humaniza el encuentro médico-paciente y tiene un gran potencial para paliar algunas carencias que derivan de una atención exclusivamente biomédica, ya que puede ser útil para hacer evidente el sufrimiento, explorar la esfera emocional, reconocer el impacto sobre la calidad de vida y explorar constructos psicológicos. Resulta recomendable que, especialmente el abordaje de enfermedades crónicas elusivas como es el SFM, se haga desde una dimensión narrativa, con el objetivo de no perder por el camino datos tan relevantes como el sentido del catastrofismo, los factores estresantes, las emociones negativas o la mente dispersa, que tanto impacto tienen sobre la evolución de la enfermedad^{5,14,15}.

Esta carta forma parte del proyecto de investigación **Historia Cultural de los Gestos, con código PID2022-141667NB-I00**, cuyos investigadores principales (IP) son Javier Moscoso Sarabia y Diego Garrocho Salcedo y ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e

Innovación en la convocatoria 2022. Los autores de esta carta formamos parte del grupo de investigación que trabaja en este proyecto y, a su vez, pertenecemos al grupo de investigación multidisciplinar HIST-EX (Historia de las Experiencias), con sede en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en Madrid y cuyo IP es Javier Moscoso.

Vicente Palop Larrea^{a,b,c,d}, Inocencia Martínez-Mir^e y Patricia Roth Damas^{a,c,d,f}

^a Unidad de Fibromialgia y Fatiga Crónica. Hospital Ribera IMSKE. Valencia (España)

^b Grupo de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

^c Grupo de Comunicación de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

^d Grupo de Investigación en Humanidades HISTEX. CSIC. Madrid (España)

^e Técnico Superior de Investigación. Dirección Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Fundación IHGU. Valencia (España)

^f Docente del Ciclo Medio de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Centro de Formación Profesional Altaviana. Valencia (España)

Correspondencia:

Patricia Roth Damas. p.rothdamas@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Thibault GE. Humanism in Medicine: What Does It Mean and Why Is It More Important Than Ever? *Acad Med*. 2019; 94(8):1074-7.
2. Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 2009; 16(2):85-112.
3. Anyfanti P, Triantafyllou A, Panagopoulos P, Triantafyllou G, Pырpasopoulou A, Chatzimichailidou S, et al. Predictors of impaired quality of life in patients with rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2016; 35(7):1705-11.
4. Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*. 1995; 61(2):165-75.
5. Palop Larrea V, Roth Damas P, Escuder Tella Á. Síndrome de Fibromialgia. *AMF*. 2022; 18(8):434-45.
6. Gálvez-Sánchez CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2019; 12:117-27.
7. Treister-Goltzman Y, Peleg R. Fibromyalgia and mortality: a systematic review and meta-analysis. *RMD Open*. 2023;9(3):e003005.
8. Balsamo M. Anger and depression: evidence of a possible mediating role for rumination. *Psychol Rep*. 2010;106(1):3-12.
9. Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(2):119-52.
10. Galvez-Sánchez CM, Reyes Del Paso GA, Duschek S, Montoro CI. The Link between Fibromyalgia Syndrome and Anger: A Systematic Review Revealing Research Gaps. *J Clin Med*. 2022;11(3):844-68.
11. Roth Damas P, Folch Marín B, Fernández Sánchez M, Palop Larrea V. Síndrome de fibromialgia y miedo. *Aten Primaria*. 2021; 53(9):102137.
12. Hogeveen J, Grafman J. Alexithymia. *Handb Clin Neurol*. 2021; 183:47-62.
13. Jang JM, Park JI, Oh KY, Lee KH, Kim MS, Yoon MS, et al. Predictors of suicidal ideation in a community sample: roles of anger, self-esteem, and depression. *Psychiatry Res*. 2014; 216(1):74-81.
14. Roth Damas P, Portillo Santamaría M, Folch Marín B, Palop Larrea V. Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar. *Aten Primaria*. 2018; 50(1):69-70.
15. Roth Damas Patricia, Sempere Manuel Mara, Portillo Santamaría Mónica, Folch Marín Blanca, Palop Larrea Vicente. Fibromialgia y medicina basada en la narración. Experiencia de una unidad de referencia. *Gaceta Grupo-programa Comunicación y Salud (GPCYS). semFYC*. [Internet] 2017;17-22. Disponible en: <http://comunicacionysalud.es/project/gaceta-junio-2017/>