



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 26 No. 4

Diciembre de 2023

FIBROMIALGIA: EL PAPEL DEL PSICÓLOGO

César Alberto Tapia Barrón¹, María de Lourdes Rodríguez Campuzano², Antonia Rentería Rodríguez³, Norma Yolanda Rodríguez Soriano⁴. y Antonio Rosales Arellano⁵

Facultad de Estudios Profesionales Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad que genera dolor, rigidez y sensibilidad en los músculos, tendones y articulaciones del paciente; sin embargo, es un padecimiento cuya etiología y tratamiento se encuentra actualmente sin certeza, ni evidencia. Se describen las distintas formas de diagnosticar la enfermedad, sus síntomas y sus formas de tratamiento, así como las tesis que más auge han tenido acerca de su etiología y la influencia de variables psicológicas en el desarrollo y curso de la enfermedad. Posteriormente, se marcan una serie de limitaciones acerca de su conceptualización actual y se propone una visión alterna para comprender y abordar la dimensión psicológica del padecimiento; dado que este trabajo se inserta en una aproximación conductual, se propone el Modelo Psicológico de salud Biológica, desarrollado por Ribes en 1990, como base teórica para hacer un análisis que se centra en dos puntos fundamentales: i) el concepto de trastornos mentales que subyace a diversas explicaciones, tanto médicas como psicológicas, de este padecimiento y; ii) el quehacer de la psicología, que ha respondido a una demanda poco clara de intervención terapéutica. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo llevar a cabo un análisis del quehacer del psicólogo con relación a la fibromialgia, así como delimitar con claridad el papel del psicólogo en el abordaje de este fenómeno, permitiendo el trabajo de forma multi o interdisciplinaria.

Palabras Clave: Fibromialgia, salud, Modelo Psicológico de la salud, dualismo, interconductismo, interdisciplinario.

¹ Investigador independiente en Vestigium. Contacto: cesartapia.psicologo@gmail.com

² Profesor Titular en FES-Iztacala, UNAM. Contacto: carmayu5@yahoo.com

³ Profesor Titular en FES-Iztacala, UNAM. Contacto: antoniarenteriar@gmail.com

⁴ Profesor Titular en FES-Iztacala, UNAM. Contacto: normayolanda@gmail.com

⁵ Profesor Asignatura en FES-Iztacala, UNAM. Contacto: Antonio_vai@msn.com

FIBROMYALGIA: THE TASKS OF PSYCHOLOGISTS

ABSTRACT

Fibromyalgia is a condition that generates pain, stiffness and sensibility in the muscles, tendons and joints of the patient; however, it is an ailment which etiology and treatment is currently uncertain and has no evidence. The different ways to diagnose this illness, its symptoms and the ways to treat it as well as the most relevant thesis about the psychological variables in its development and throughout the illness are described. Subsequently a series of limitations about its actual conceptualization is made and an alternate vision to comprehend and undertake the psychological dimension of the ailment is proposed; given that this work is placed within a behavioral approach, the Psychologist Model of Biological Health, developed by Ribes in 1990, is proposed as a theoretical basis that focuses on two fundamental points: i) The concept of mental disorder that underlies diverse explanations, both medical and psychological, of this ailment and; ii) the work of psychology that has responded to an unclear demand of therapeutic intervention. Due to this, this work has as an objective, to make an analysis of psychological tasks in relation to fibromyalgia as well as delimiting clearly the role of a psychologist in the approach of these phenomenon, proposing multi and interdisciplinary work.

Key words: Fibromyalgia, health, Psychological Model of Biological Health, dualism, interbehaviorism, interdisciplinary.

La fibromialgia (FM) se considera una enfermedad que afecta a los músculos, tendones y articulaciones y ocasiona que los pacientes reporten dolor, rigidez y sensibilidad. En este padecimiento los tejidos involucrados no presentan inflamación, ni se encuentra daño alguno en ellos (Chaves, 2013).

Dicha patología se ha rodeado de un halo de polémica, puesto que no se ha podido generar una entidad nosológica que permita su correcto diagnóstico, además de que las pruebas que podrían dar algún indicio siempre resultan negativas (Donosoy Lorenzo, 2016). Esto ha desembocado en considerar los síntomas como una cuestión meramente “subjetiva” (Contreras y Tamayo, 2005).

La fibromialgia ha sido atribuida a distintas alteraciones, se habla de posibles problemas del sueño, musculares, hormonales y recientemente se ha apuntado a un fenómeno de sensibilización central (y también periférica) del Sistema Nociceptivo (Comeche, Martín, Rodríguez, Ortega, Díaz y Vallejo, 2010). También se ha asociado a trastornos psicológicos y suele suceder que se remita a estos pacientes a terapia.

En el contexto señalado, la psicología ha intentado incidir en la fibromialgia. Se han realizado evaluaciones y tratamientos en torno a los factores psicológicos que se señalan como importantes en el padecimiento. Comeche, Martín, Rodríguez, Ortega, Díaz y Vallejo (2010) mencionan que los síntomas psicológicos que presentan los pacientes con fibromialgia son ansiedad y depresión, asimismo, refieren que están presentes desde la fase inicial, dado que previo a la enfermedad, los pacientes suelen presentar períodos de crisis acompañados de desequilibrio físico, psicológico y social.

Por su parte, García–Bardón, Castel–Bernal y Vidal–Fuentes (2006), mencionan que para entender la FM es necesario partir de un punto de vista biopsicosocial, puesto que este fenómeno no se puede abordar únicamente desde un modelo biomédico. Los autores exponen que diferentes investigaciones han apuntado a que los pacientes con FM han tenido más trastornos emocionales, escasas estrategias para afrontar el dolor, pocas relaciones sociales y vínculos sociales negativos en relación a personas sin FM; asimismo, indican que estos pacientes presentan distorsiones cognitivas respecto a la naturaleza y/o progresión de la enfermedad e incluso, han demostrado correlaciones significativas entre cogniciones negativas e intensidad percibida de dolor.

Los análisis que se han realizado hasta el momento evidencian algunos problemas para la práctica profesional y científica del psicólogo. En primer lugar, nociones tales como <ansiedad>, <depresión>, <desequilibrio psicológico>, <trastornos emocionales>; no dan cuenta de la verdadera naturaleza del fenómeno, lo cual conduce a un análisis, la mayoría de las veces pobre, respecto a la dimensión psicológica de la fibromialgia. En segundo lugar, al existir demasiada confusión en la rama biomédica respecto a la etiopatogenia de la fibromialgia, se ha reducido a explicarla como una “enfermedad psicológica” o “psicosomática”; sin embargo, resulta imposible reducir un padecimiento a cuestiones meramente psicológicas o definirla de tal forma, por el contrario, podemos asumir que existe una dimensión psicológica respecto a una patología biológica y es ahí donde se debe de esclarecer y profundizar sobre el tema, ya que de esta manera se podrán generar formas de intervención que permitan coadyuvar a la salud del paciente. Por tal razón, en este

texto se pretende llevar a cabo un análisis del quehacer del psicólogo en relación con este padecimiento.

Diagnóstico de la Fibromialgia

A pesar de que este padecimiento es difícil de diagnosticar por su semejanza con otros problemas como la fibrositis, la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, o la artropatía, entre otros; existen síntomas de diversa índole considerados como parte primordial del síndrome llamado fibromialgia.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés) en 2010 publicó diversos criterios para la detección y clasificación de este problema de salud:

1. Dolor y síntomas presentes durante la semana anterior a la exploración.
2. Reporte de dolor en 11 de 19 partes del cuerpo.
3. Cansancio
4. Despertar con dolor y cansancio.
5. Problemas cognitivos (de memoria y de pensamiento).
6. Los síntomas permanecen mínimos durante tres meses.
7. No existir otros problemas de salud que expliquen el dolor.

De manera paralela a estas recomendaciones para el diagnóstico de la fibromialgia es importante mencionar que existen algunos indicadores biológicos de relevancia y presencia constante, que ayudan a dilucidar acerca de la etiopatogenia de esta enfermedad, uno de estos indicadores es la serotonina. Según esta hipótesis, la FM se presenta por niveles bajos de dicha sustancia. Además, se ha encontrado que los niveles bajos de serotonina se correlacionan con niveles séricos bajos (los niveles séricos son todas aquellas sustancias que se encuentran en la sangre, por ejemplo: colesterol, triglicéridos, glucosa, entre otros); asimismo, los niveles séricos se han logrado correlacionar con la presencia de síntomas dolorosos (Tovar, 2005). Cordero et al. (2010) analizaron los niveles de serotonina en 38 pacientes y 25 personas sanas, además de la posible relación con los síntomas de FM. Los resultados arrojaron una correlación negativa estadísticamente significativa ($p < .001$) entre los puntos dolorosos y los niveles de serotonina; asimismo, hubo diferencias con relación al grupo sano en cuanto a los niveles de esta.

También se ha especulado que los niveles altos de sustancia P en el líquido cefalorraquídeo aumenta la sensibilidad de los nervios al dolor. Otra de las posibles explicaciones que se han propuesto respecto al padecimiento, establece como punto crítico la secreción de melatonina. La melatonina es una neuro-hormona que se produce en la glándula pineal, entre las funciones que se han investigado y documentado es la regulación del sueño, el cual se ve alterado en el paciente con FM (Martínez, Sánchez, Urra, Thomasy Burgos, 2012); también se ha considerado que tiene relación con la nocicepción, puesto que cambios en los niveles de melatonina generan ansiedad y alteración en la percepción del dolor (Hidalgo, 2011).

Una hipótesis más considera que la FM tiene relación con la hormona de crecimiento (HC), puesto que la HC juega un papel importante en la reparación de cualquier daño que ocurre en los músculos y tejidos. A través de la producción de nuevas proteínas repara las rupturas musculares y reemplaza las células y tejidos que han terminado su ciclo.

También se ha investigado si es que existe alguna alteración a nivel muscular. Se han realizado biopsias musculares a individuos con fibromialgia y se comparan con las biopsias de sujetos sin la enfermedad, se ha identificado que los pacientes con FM presentan niveles bajos de colágeno intramuscular, lo cual podría favorecer micro lesiones del músculo (Tovar, 2005); asimismo, presentan un aumento en la fragmentación del ADN y cambios en el número y tamaño de mitocondrias (Sprott et al., 2004).

En cuanto a la consideración de que pueda existir algún factor genético que influya en la aparición de la FM, se ha encontrado que los pacientes que presentan la enfermedad suelen tener familiares que sufren algún tipo de dolor crónico e incluso, tienen familiares con diagnóstico de fibromialgia (Tovar, 2005).

Se han generado otras cuantas hipótesis respecto a la etiopatogenia de la FM; sin embargo, han sido estudiadas en menor medida, una de ellas considera que la enfermedad es resultado de un cuadro infeccioso previo, o bien; de un evento postraumático donde hubo algún traumatismo agudo cervical (Hidalgo, 2011).

A pesar de toda la investigación que se ha generado, resulta bastante complicado concluir que la FM es resultado de alguna alteración hormonal, bioquímica, genética, o muscular, entre otros, puesto que ninguna investigación ha podido establecer resultados contundentes. Además, se debe de tener en cuenta que la mayoría de los estudios hace uso de pruebas de correlación estadística, las cuales no establecen relaciones causales.

Síntomas

A pesar de que la fibromialgia no tenga una etiopatogenia clara e identificada, los síntomas parecen presentarse de manera *más o menos* consistente y similar en los diferentes casos. La principal queja del paciente es un dolor generalizado y constante, el cual puede variar de zona e intensidad. Sumado a ello, se suelen presentar alteraciones del sueño, fatiga matinal, sueño no reparador, dificultad para dormir, rigidez al despertar, adormecimiento y hormigueo en las extremidades, cefaleas, dolor torácico, palpitaciones, diarrea alternada con estreñimiento y, en el caso de las mujeres, dismenorrea (Tovar, 2005).

Contreras y Tamayo (2005) refieren que el dolor generalizado, así como la rigidez, se suelen presentar en el tronco, cintura escapular y pélvica; además hay presencia de debilidad y mala tolerancia al ejercicio. Un rasgo característico es que no hay evidencia de signos inflamatorios; sin embargo, pueden existir nódulos subcutáneos en las áreas de dolor.

El dolor generalizado puede presentarse de diferentes maneras en el cuerpo, ya sea de manera completa o en la mitad derecha o izquierda, encima de la cintura o por debajo. Las áreas que pueden provocar más dolor son: región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos, pared torácica, codos, tobillos y muñecas (Figura 1).

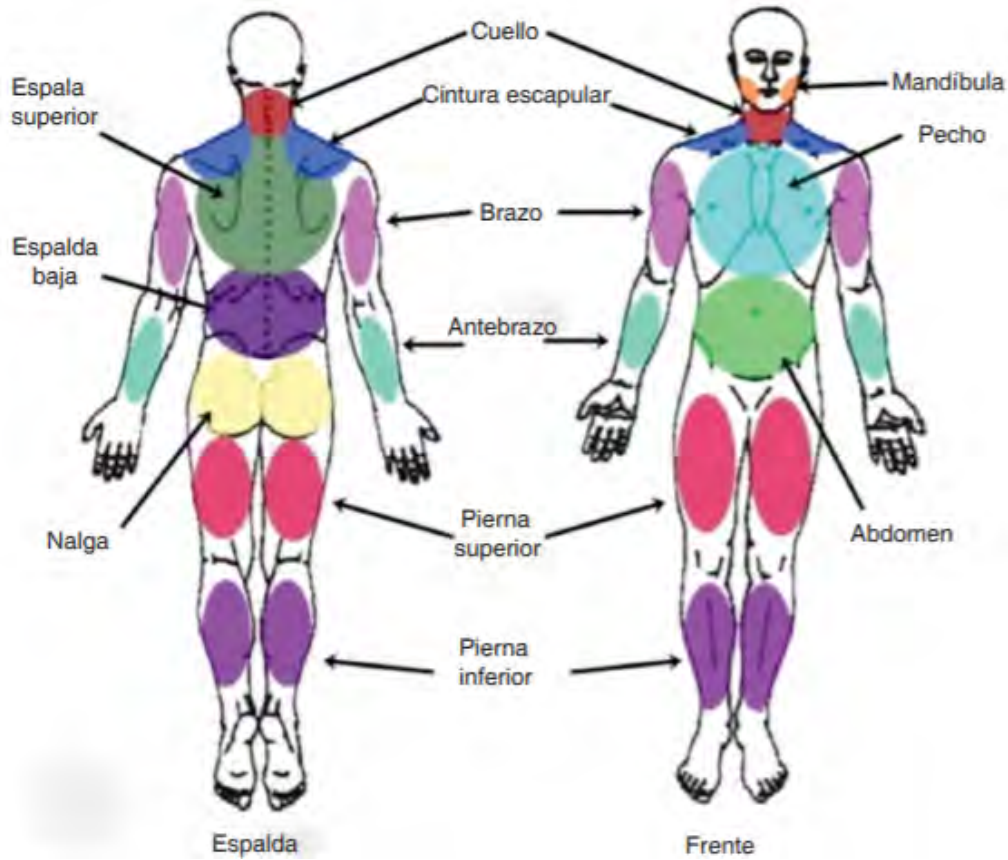


Figura 1: Widespread Pain Index: puntos de dolor que se presentan en la fibromialgia (Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres, 2016).

Chaves (2013), refiere que los puntos sensibles o puntos donde existe la presencia de dolor pueden presentar espasmos musculares cuando se tocan. Por otro lado, puede haber parestesias, visión borrosa, entumecimiento y debilidad; sin embargo, estos síntomas (incluidos los de la FM) han sido asociados a situaciones donde hubo algún trauma en la región occipital del Sistema Nervioso Central ocasionado por algún accidente o cirugía.

De igual forma, puede llegar a presentarse dolor abdominal, éste ocurre en el 25% de los casos y se manifiesta como síndrome de colon irritable y una constante necesidad de defecar varias veces al día; sin embargo, no hay presencia de patógenos en las heces.

Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres (2016), además de hacer hincapié en la presencia de dolor generalizado y debilidad muscular, mencionan que puede haber disminución en la capacidad de atención y memoria.

Clasificación

A pesar de que existe cierta regularidad en los síntomas, sigue siendo complicado generar una nosología clara y objetiva, puesto que los casos de FM presentan características diferentes entre sí. Algunos autores han intentado realizar clasificaciones de acuerdo a diferentes criterios, los más comunes: origen y desarrollo de la FM.

Una de las primeras clasificaciones fue la propuesta por Turk en 1989 (citado en Alegrey Sellas, 2008), la cual consistía en 3 subgrupos: i) con gran dolor y discapacidad; ii) con escaso soporte, y; iii) con gran soporte y relativa discapacidad. Otra clasificación es la propuesta por Wolfe et al. (2010) a partir de indicadores de ansiedad y depresión, proponen tres subgrupos: I) el primer subgrupo se caracteriza por pacientes con escasos trastornos anímicos, moderados niveles de catastrofización y buen control del dolor; II) el segundo subgrupo se caracteriza por valores elevados en cuanto a trastornos anímicos, altos valores en catastrofización y escaso control de dolor; III) el tercer grupo presenta estado de ánimo normal y el más alto nivel de percepción de dolor, así como una hipersensibilidad a la palpación y dolor.

Belenguer, Ramos–Casals, Siso y Rivera (2009) realizaron una clasificación a partir de una extensiva revisión bibliográfica respecto a los diferentes casos reportados de FM. La clasificación generada es agrupada de acuerdo al perfil *psicopatológico* (cursivas añadidas) y a las diferentes situaciones clínicas que el paciente puede presentar:

1. Fibromialgia Idiopática (Tipo I): Se caracteriza por valores normales de estado de ánimo, valores muy bajos de catastrofización y un elevado grado de control percibido sobre el dolor; sin embargo, demuestran hiperalgesia en pruebas de dolor provocado.
2. Fibromialgia relacionada con enfermedades crónicas (tipo II): Ocurre cuando el paciente padece alguna enfermedad crónica que se caracteriza por dolor diario, por ejemplo: Síndrome de Sjögren, que es un trastorno del sistema inmunitario que se identifica por sus dos síntomas más frecuentes: ojos y boca secos y que suele acompañar otros trastornos del sistema inmunitario,

como la artritis reumatoide y el lupus; espondilitis anquilopoyética; artrosis, etc.; en dichos casos, cierto porcentaje de pacientes desarrolla una FM.

3. Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas (tipo III): Se ha identificado en pacientes con valores alterados en la dimensión *psicosocial*, que presentan niveles altos de catastrofización y que tienen valores bajos en autocontrol del dolor (obtenidos a partir del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento). El aspecto clave o característico de dichos pacientes, es que la *enfermedad psicopatológica* es previa al diagnóstico de la FM.
4. Fibromialgia simulada (tipo IV): Se caracteriza por la *simulación* de los síntomas de la FM. Cuestiones tales como el internet, sumado a la dificultad de realizar un diagnóstico oportuno, ocasiona que algunos pacientes presenten un cuadro clínico que indica una FM; sin embargo, suele asociarse a consecuencias positivas para la persona, tales como: baja laboral permanente.

Esta clasificación intenta identificar posibles <factores psicológicos> que influyen en el origen y desarrollo de la fibromialgia; no obstante, el uso de términos como <psicopatología> y <psicosocial>, limitan dicho objetivo, puesto que no refieren nada específico.

Tratamiento

A pesar de que la FM siga generando discrepancias en cuanto a su definición, causas, clasificación y diagnóstico, la realidad es que existe un paciente que presenta los síntomas y su vida diaria se ve afectada. En tal sentido, lo que se busca regular con la medicación son síntomas como la *depresión*, el dolor y la dificultad del sueño.

Para tratar la depresión y en algunos casos los síntomas de dolor, se suelen usar antidepresivos de tres tipos (Rothenberg, 2010):

- Drogas Antidepresivas Tricíclicas: dosis bajas de amitriptilina y doxepina antes de acostarse han dado resultados positivos en el tratamiento de la FM.

- Inhibidores selectivos de reincorporación de serotonina: el medicamento que ha tenido mejores resultados es la fluoxetina, puesto que ha sido eficaz no solo para síntomas de *ansiedad y depresión*, sino también combate el dolor.
- Inhibidores selectivos de reincorporación de serotonina-norepinefrina: se suele usar la duloxetina y el milnacipran, medicamentos que tienen como objetivo disminuir el dolor en el paciente con FM.

De igual forma, algunos medicamentos buscan bloquear la liberación de Sustancia P, dado que se considera que guarda relación con el proceso de nocicepción. Los medicamentos que se utilizan son anti-epilépticos como la pregabalina y la gabapentina. Asimismo, se suelen usar opioides para mejorar los síntomas de dolor como el tramadol, morfina de liberación prolongada, hidrocodona, entre otros (Collado y Conesa, 2010).

También se puede llegar a aplicar láser de baja potencia sobre los puntos sensibles, terapia con oxígeno hiperbárico y relajantes musculares como la ciclobenzaprina (Tovar, 2005).

Respecto al tratamiento farmacológico, no existe un medicamento único que sirva a todos los pacientes e incluso ha llegado a mostrar resultados poco alentadores. Collado y Conesa (2010) y Rothenberg (2010) indican que los distintos medicamentos usados para la FM tienen una eficacia que oscila entre el 25% - 50%. Por tanto, además de la medicación, se le suele recomendar al paciente con FM: terapia psicológica, terapia física, ejercicio; además de que se le brinda información respecto a la enfermedad:

- Educación: una vez que se ha diagnosticado la FM, se le informa al paciente y a sus familiares en qué consiste la enfermedad y sus características. En algunas ocasiones, dicha información reduce hasta un tercio los síntomas (Rothenberg, 2010).
- Terapia Física: tiene como objetivo la liberación miofascial y el reacondicionamiento neuromuscular para que, posteriormente, el paciente con FM pueda realizar ejercicio físico de manera satisfactoria (Tovar, 2005).
- Ejercicio: se suele recomendar ejercicio anaeróbico y de flexibilidad. Mínimo 3 veces por semana y comenzar por rangos bajos de tiempo e irlos

incrementando paulatinamente hasta llegar a 20 – 30 minutos por sesión (Pérez, 2006).

- Terapia Psicológica: se recomienda sobre todo la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), puesto que ha demostrado eficacia para controlar la sensación de dolor y para modificar la creencia de que se está incapacitado por tener FM (Alegrey Sellas, 2008).

A este respecto se encuentran diversos trabajos psicoterapéuticos que abordan este padecimiento con diferentes objetivos entre los que están: a) la modificación de las creencias sobre la enfermedad, b) el aprendizaje de técnicas de afrontamiento que le permitan al paciente responder al dolor de una manera más constructiva y c) abordar problemas clínicos de alta correlación con la fibromialgia como son la depresión y la ansiedad (Rivera, Alegre, Nishishinyay Pereda, 2006).

Collado, Torresi, Arias, Cerdá, Vilarrasa, Valdés, et.al. (2001) afirman que el tratamiento multidisciplinario ha demostrado una mayor eficacia que los tratamientos unidisciplinarios. La combinación de ejercicio físico, psicoterapia y tratamiento farmacológico mejoran la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a evidencia de fuerte a moderada (Nishishinya, Rivera, Alegrey Pereda, 2006).

Si bien la fibromialgia sigue generando infinidad de inquietudes respecto a sus causas, los profesionales de la salud han buscado establecer un tratamiento que permita al paciente reintegrarse a su vida diaria. En tal sentido, el psicólogo de la salud ejerce un papel clave en el proceso salud – enfermedad del paciente.

Aspectos Críticos Generales

A pesar de que los modelos psicológicos que han abordado la fibromialgia han dado cabida a diferentes investigaciones, se pueden identificar algunos aspectos críticos de manera general.

En términos generales, los modelos psicológicos no establecen cómo es que lo psicológico se relaciona con lo biológico. Hay algunos como el modelo de creencias en salud, el transteórico y el de acción razonada (actitudinal), que establecen como variable de principal interés a las creencias que tiene el sujeto respecto a su

comportamiento y la enfermedad. Partiendo de lo señalado por diversos autores como Ryle (1949) o Kantor (1975) se pueden identificar algunos problemas.

El primero de ellos es considerar que el comportamiento es mediado por las creencias, cogniciones o valoraciones respecto al mismo comportamiento o a la situación; si bien, algunos modelos consideran <estímulos externos>, dichos estímulos adquieren sentido en tanto el individuo *los representa cognitivamente*. Dicha concepción, entre otras cosas, hablaría de un *mundo interno* que permite explicar el por qué una persona se comporta de determinada forma y no de otra, lo cual ya ha sido ampliamente debatido y discutido por los autores antes mencionados. No obstante, considerar que las creencias o cogniciones son las determinantes en la explicación del comportamiento lleva a una explicación reduccionista de la conducta, puesto que se hacen a un lado diversos factores propios del medio o del individuo (Piñay Rivera, 2006); adicionalmente, si las creencias explican el comportamiento, ¿quién explica las creencias?

La mayor parte de las aproximaciones a esta enfermedad parten de lo que, de acuerdo a sus respectivos modelos, se postula como factor o factores explicativos, de modo tal que el espectro de elementos para analizar un comportamiento se restringe.

En este trabajo se propone el uso del modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990), puesto que, además de permitir una explicación naturalista (no dualista) respecto a lo psicológico, permite relacionar lo psicológico de manera clara y delimitada con la dimensión biológica y social. Finalmente, da pauta para el uso de una metodología de análisis y cambio de comportamiento derivada de la misma teoría interconductual: el análisis contingencial.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica

El Modelo Psicológico de Salud Biológica (MPSB) es un modelo de interfaz, puesto que sintetiza el lenguaje analítico de la ciencia psicológica para su uso en el campo aplicado, en este caso, el campo de la salud. El modelo establece la relación e influencia entre dimensiones lógicas diferentes, a saber: dimensión biomédica, sociocultural y psicológica. La dimensión biomédica concibe a la salud como

ausencia de enfermedad, en tanto el organismo y sus subsistemas biológicos tienen la capacidad de <defenderse> de agentes nocivos externos. Por su parte, el modelo sociocultural de la salud hace hincapié en la correlación existente entre la ausencia de enfermedad y las condiciones prácticas de vida, por ejemplo, las carencias de agua potable, drenaje, contaminación, etc. Finalmente, la dimensión psicológica se considera como el eje articulador de ambos modelos, puesto que lo psicológico hace referencia a la práctica individual de un organismo biológico en relación con su medio sociocultural.

El Modelo psicológico de la salud, parte de que la salud como categoría, es ajena a la psicología. Se trata, como se insinuó previamente, de un campo multidisciplinario. La multidisciplinaria se ha definido como un campo en el que hacen intersección varias disciplinas (Ribes, 2018). Dado que el comportamiento, entendido como la relación entre un organismo y ciertos elementos de su ambiente, construida en la historia individual; se identifica en todos los medios de actividad humana en un contexto social; gran parte del trabajo que lleva a cabo el psicólogo, en su hacer profesional, es multidisciplinario.

La salud es un campo que histórica y convencionalmente ha sido atendido por las disciplinas biomédicas, quienes proporcionan la teoría o conocimiento de los fenómenos y problemas que constituyen este campo; mientras que la psicología u otras disciplinas, en trabajo multidisciplinario en el campo de la salud, procuran la metodología o herramientas que permitan dar cuenta de aspectos específicos planteados por las disciplinas biomédicas. La psicología aportará conocimiento sobre las prácticas individuales que contribuyen a estados de salud o enfermedad; estados que serán explicados por las disciplinas biomédicas, en términos anatómicos, fisiológicos, biológicos; entre otros.

Considerando lo anterior, se establecen una serie de supuestos que fundamentan la naturaleza y pertinencia de un modelo psicológico (Ribes, 1990).

1. La descripción psicológica del proceso de salud-enfermedad ocurre a nivel individual, donde se considera la interacción de factores biológicos y socioculturales.

2. Los factores biológicos, así como los socioculturales, se estudian de manera diferente a la de sus disciplinas originales, en el modelo.
3. Los factores biológicos hacen referencia a la misma condición de existencia del organismo y las reacciones biológicas que se originan a partir de la misma interacción del organismo.
4. Los factores socioculturales se representan, como abstracción necesaria, en las situaciones socioculturales en las cuales interactúa el organismo.

Asimismo, la dimensión psicológica está constituida por tres factores esenciales:

1. La manera en que el comportamiento influye en la modulación de estados biológicos.
2. Las competencias que definen la manera en la que el individuo interactúa en diversas situaciones que pueden afectar su estado de salud.
3. Los modos consistentes en los que un individuo hace contacto inicial antes situaciones que pueden afectar su condición biológica.

Considerando lo esbozado, el análisis de la dimensión psicológica contempla una fase, que se conforma en el desarrollo histórico de cada persona y que constituye *el proceso psicológico de salud*. Esta fase remata en la segunda fase, la de resultantes de dicho proceso. Cada fase está constituida por distintos elementos psicológicos que se relacionan entre ellos (Figura 1).

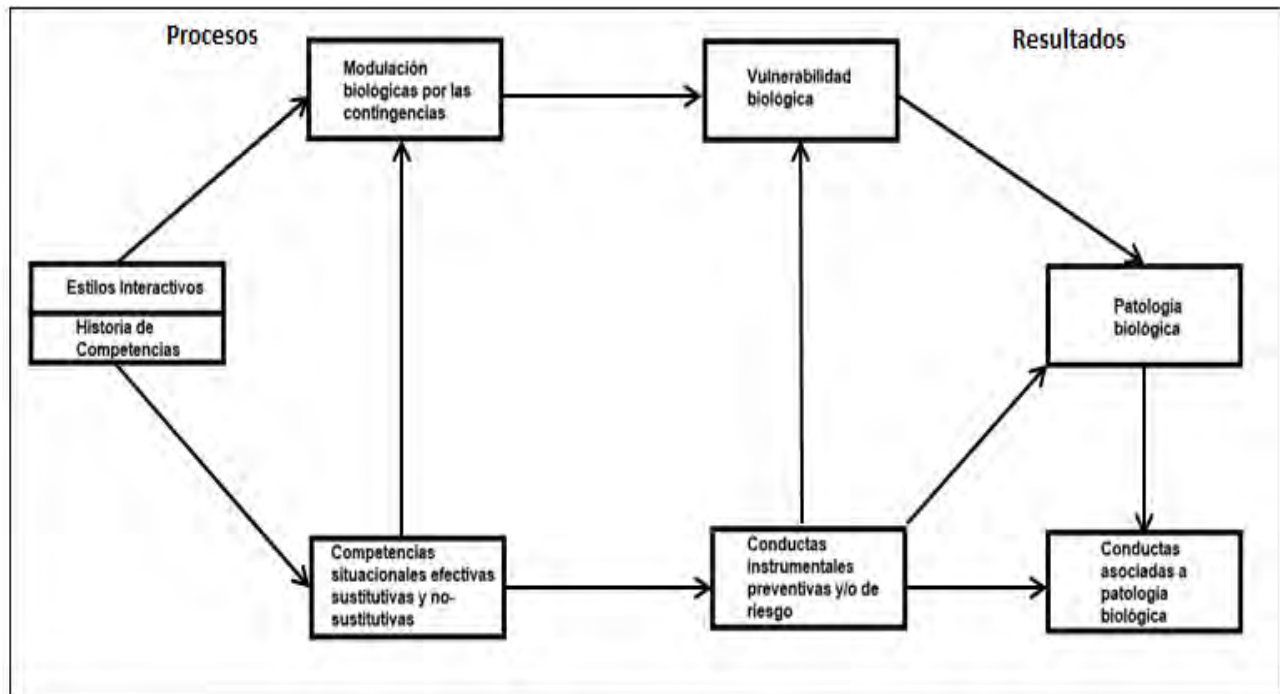


Figura 1. Modelo Psicológico de Salud Biológica (Ribes, 1990).

La explicación de este modelo rebasa los objetivos del presente trabajo, pero conviene señalar que es un modelo que identifica un proceso que se origina en la historia de cada persona, que influye en la adquisición y presentación de diversas capacidades, que, a su vez, se relacionan con la forma en que las contingencias del medio van alterando los sistemas reactivos biológicos. Este proceso impacta, en un nivel psicológico, en la fase de resultantes, en lo que Ribes (1990) llama conductas instrumentales de salud, de riesgo o preventivas, categoría que se refiere a aquellas acciones concretas que directa o indirectamente afectan la salud, al exponer a la persona a un riesgo o al prevenir una enfermedad; este aspecto psicológico altera la vulnerabilidad biológica de la persona y la interacción de estos dos últimos elementos tiene como resultado final la aparición de una patología biológica, su cronificación, o el mantenimiento o recuperación de la salud. El aspecto final por considerar es lo que el autor llama conductas asociadas a enfermedad, que incluyen todas aquellas acciones y reacciones derivadas de una patología biológica o de algún tratamiento médico, los comportamientos de adherencia terapéutica y ocasionalmente comportamientos asociados incidentalmente a una patología, que, con el tiempo, adquieren autonomía funcional.

El modelo brevemente descrito se desarrolló como una guía para el psicólogo que trabaja en el campo de la salud. Por un lado, delimita los aspectos psicológicos relevantes en este campo, por otro, plantea como labor fundamental, la prevención, que se puede dar en tres niveles: primario, secundario y terciario; por último, enfatiza que la salud debe abordarse desde distintas profesiones, de forma interdisciplinaria.

La Fibromialgia desde El Modelo Psicológico de Salud Biológica

La fibromialgia ha sido estudiada desde diferentes disciplinas, cada una de ellas tratando de aportar datos para poder generar una explicación sobre su génesis y mantenimiento. Algunos autores, dentro de este mar de incertidumbre, han establecido que la FM se trata de un síndrome somático funcional; en otros casos,

un trastorno somatomorfo (Martínez, González y Crespo, 2003; Covarrubias-Gómez y Carrillo-Torres, 2016). Otros autores afirman que se trata de una enfermedad, dado que consideran que las “causas” se encuentran en las disfunciones neuroquímicas asociadas al dolor (Tovar, 2005; Hidalgo, 2011; Chaves, 2013)

Si bien, este posible hilo de discusión no le corresponde al psicólogo de la salud, ha dado pauta a la “admisión” de todo tipo de explicaciones psicológicas respecto de la etiopatogenia y definición de la FM. Un ejemplo de ello es la definición propuesta por Contreras y Tamayo (2005) la cual mantiene la esencia de la FM en tanto los síntomas que presenta; sin embargo, adhiere el término de “dolor subjetivo”. Esto lo vuelve más problemático, dado que se hablaría de un dolor “que no existe” y por el contrario, se asumiría que se trata de un dolor que es “generado” por el propio paciente.

Todo ello ha desembocado en la creencia de que, si se trata de un dolor que es generado por el propio paciente, la explicación radica en lo psicológico. Martínez, González y Crespo (2003) mencionan que, dada la alta incidencia de síntomas psiquiátricos y el uso de antidepresivos para el manejo terapéutico del paciente, se puede considerar que los factores psicopatológicos son el factor primario en la explicación y tratamiento de la FM.

En tal sentido, surge la interrogante ¿Cómo es que lo psicológico o, mejor dicho, lo psicopatológico afecta lo biológico? La respuesta que se ha dado radica en el concepto de salud mental, específicamente en la conexión mente/cuerpo sobre la que subyace. En términos muy simples, se afirma que la mente puede contraer enfermedades como cualquier sistema biológico y, además, que es capaz de generar síntomas físicos y alteraciones biológicas en el organismo. Todos aquellos padecimientos que basan su explicación en dicha relación (como la FM), han recibido la etiqueta de trastornos somatomorfos y/o síndromes somáticos funcionales. Estas nuevas categorías han pasado a sustituir lo que se conocía tradicionalmente como “psicosomática” (Caballero y Caballero, 2008).

Partiendo de dicha noción, se ha intentado sustentar e incluso explicar, que los pacientes con fibromialgia sufren de dolor (sin evidencia anatómica o fisiológica)

debido a la alta incidencia de trastornos psicopatológicos (mentales) que padecen, dicho sea de paso, tales trastornos mentales son los encargados de generar la incapacidad en el paciente y los pensamientos catastróficos sobre su estado actual de salud (Caballeroy Caballero, 2008).

No obstante, asumir dicha explicación, implica aceptar de manera implícita el concepto de salud mental y todas sus implicaciones, lo cual trae consigo diferentes errores lógicos. Estos errores se han abordado de manera extensa por varios autores (Ryle, 1949, Ribes, 1982, Ribes, 1990), aunque es importante enfatizar que a esta aproximación se le llama dualismo y en ella se asume la existencia de la mente como un ente inmaterial que, paradójicamente, ocurre y tiene lugar dentro de un cuerpo, lo afecta y es afectada por los estados y circunstancias de este. Dicha concepción está fundamentada en lo que se conoce como el mito del fantasma en la máquina (Ryle, 1949) que explica la escisión de la vida humana en dos: un material, que corresponde al cuerpo y se concibe como externa y pública y la otra que corresponde al alma, que se entiende como algo inmaterial, interno y privado. Bajo esta concepción se explica lo “externo”, el comportamiento, por la influencia de lo “interno”, llámese alma, mente, o algún concepto más contemporáneo. Bajo esta concepción se aborda la llamada salud mental que, de acuerdo con Ribes (1990) descansa en un doble error lógico, puesto que se asigna a lo mental el carácter de entidad o proceso causal interno, y se aplica un modelo biológico de enfermedad a problemas que conciernen al comportamiento y a su valoración social.

En contraparte a esta concepción, Ryle (1949) utiliza el término de disposiciones que explican, bajo una lógica naturalista, los términos mentalistas. Las disposiciones son colecciones simultáneas o sucesivas de ocurrencias o de acontecimientos que pueden constituir inclinaciones o estados en el individuo para comportarse de determinada forma ante ciertas circunstancias. Por ejemplo, una persona a la que se llama depresiva (trastorno mental por excelencia), realiza una serie de acciones que se califican social y diagnósticamente bajo el rubro de depresión, tales como: dejar de asistir al trabajo o escuela, quedarse tirado en cama, evitar hablar con amigos y familiares, etc., no obstante, ninguna de estas acciones, en aislado, corresponden necesariamente al significado de depresión, sino es la

colección de todas ellas las que permiten valorar como depresiva a una persona, desde una aproximación clínica tradicional.

Claro que esto no lo explica todo, puesto que, en el caso de la depresión o de cualquier otro trastorno de tipo mental, no únicamente se les da primicia a explicaciones dualistas sobre el comportamiento; también se utiliza un modelo médico causalista. Se asume que la mente (siendo inmaterial) puede sufrir algún tipo de anomalía (como el de cualquier otra estructura biológica) la cual se manifiesta en la mal llamada conducta anómala o anormal. Sin embargo, si asumimos que la noción de mente como evento interno resulta incorrecta y, por tanto, no puede enfermar, aquello que se conoce como conducta anormal, no resulta ser más que una valoración social respecto a determinadas formas de conducta. Cabe destacar, que, como cualquier otro comportamiento, éste se encuentra regido en términos de la interacción organismo-ambiente, de tal forma, resulta innecesario recurrir a mentalismos para explicarlo.

Considerando lo mencionado, asumir que la fibromialgia puede (o podría) considerarse una enfermedad de naturaleza psicológica o con alta prevalencia de trastornos psicopatológicos, resulta totalmente incorrecto, lo cual se tratará de evidenciar en los consecuentes párrafos.

Diferentes autores han considerado la posibilidad de que la fibromialgia se trate de un trastorno de orden mental en lugar de una enfermedad física. Blanco y Seguí (2002) mencionan que dadas las características que presentan los pacientes con fibromialgia (personalidad ansiosa y tendencia al trastorno hipocondriaco), ésta debería clasificarse dentro de la esfera psiquiátrica, específicamente como un trastorno por somatización. Caballero y Caballero (2008), indican la posibilidad de clasificar a la fibromialgia como un trastorno somatomorfo o bien como un síndrome somático funcional.

Grosso modo, los llamados trastornos somatomorfos (donde se encasilla el trastorno por somatización) tienen como característica común la presencia de síntomas físicos que sugieren la presencia de una enfermedad médica y que no pueden explicarse a partir de indicadores fisiológicos concretos o por otro trastorno mental. El síndrome somático funcional hace referencia a aquellos síntomas físicos

que tienen relación/explicación con/desde la psicopatología; sin embargo, la naturaleza de la "enfermedad" sigue tratándose desde la medicina. (Caballero y Caballero, 2008). Ambos casos, se encuentran clasificados como desórdenes mentales.

Más allá de lo problemático que puede llegar a ser el clasificar en un tipo de trastorno u otro (o no hacerlo) a la FM; la realidad es que para el psicólogo resulta información poco útil. Por un lado, dichas clasificaciones están basadas en principios psiquiátricos (en donde impera el modelo médico), las cuales están sustentadas en anomalías de orden neurológico, por tanto, la intervención se basa en la administración de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, anti-epilépticos, etc.); sin embargo, dicha práctica implica negar la legitimidad de lo psicológico. Por otro lado, continúan basándose en el supuesto de que la mente está enferma o de que hay una alteración neurológica que está ocasionando la alteración de las funciones mentales; lo cual sigue fundamentándose en el error lógico de la mente como acontecimiento interno.

Con frecuencia se menciona que las personas con FM padecen de ansiedad, somatización, estrés, depresión, etc. (Chaves, 2013; Contreras y Tamayo, 2005), dada la alta presencia de dichos trastornos, se ha llegado a considerar que por sí solos pueden explicar los síntomas de la fibromialgia. Pero, en el caso de la depresión o de cualquier otro trastorno de tipo mental, además de caracterizarse por una explicación dualista del comportamiento humano, se analiza/diagnóstica con base en un modelo médico causalista; decir que una persona es depresiva o ansiosa, no otorga ningún dato útil respecto a la naturaleza interactiva del individuo con sus circunstancias ambientales.

En consecuencia, aseverar que la fibromialgia se puede tratar de un trastorno mental o que puede ser explicada a partir de estos, resulta conceptualmente incorrecto (dado los errores lógicos que implica); además de ser un dato poco útil para el psicólogo de la salud.

Algo que resulta innegable, es que la persona que padece fibromialgia presenta comportamientos que pueden contribuir a mejorar su actual condición, pero también a empeorarla. Es aquí donde radica la riqueza del papel del psicólogo de la salud,

puesto que es labor suya analizar y modificar el comportamiento en pro del bienestar y la salud del individuo; asimismo, su labor también se verá encaminada al ámbito preventivo.

Modelo Psicológico de Salud Biológica y Fibromialgia: La Inserción del Psicólogo en el Campo de la Salud.

Cuando se habla sobre el Modelo Psicológico de Salud Biológica, se debe tener presente que se trata de un modelo de interfaz que permite la inserción del psicólogo en el campo de la salud. Sería incorrecto asumir que las categorías del modelo pueden ser utilizadas para llevar a cabo un análisis del comportamiento de un paciente con fibromialgia. Por el contrario, el estatuto lógico del modelo psicológico de salud biológica es el de:

1. Transformar el lenguaje analítico de la ciencia en lenguaje sintético, característico de la tecnología; por ello, es que se trata de un modelo de interfaz, puesto que conecta ambas formas de lenguaje.
2. Delimitar la dimensión psicológica dentro de un campo multidisciplinario –en este caso la salud–, y especifica qué factores psicológicos se involucran en el proceso salud-enfermedad de los individuos.
3. Reconceptualizar problemas tradicionales asociados a la salud mental.
4. Permite la inserción del psicólogo en el campo de la salud, puesto que especifica niveles de intervención y los factores psicológicos que se involucran.

En consecuencia, el modelo psicológico de la salud biológica no tiene como fin el análisis y modificación del comportamiento individual; sin embargo, permite el uso de una metodología para tal fin. En tal sentido, se propone el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986) como metodología, derivada de la misma teoría interconductual.

Explicar en qué consiste el análisis contingencial, rebasa el objetivo de este escrito. Basta con decir que el modelo psicológico de salud biológica especifica los factores psicológicos que influyen en el proceso salud-enfermedad del individuo; mientras que el análisis contingencial analiza la interacción del individuo ante sus

circunstancias ambientales, permitiendo identificar los factores críticos para que ocurra dicha interacción.

Hay que recordar que:

1. En el campo de la salud, las disciplinas biomédicas determinan y brindan el conocimiento de los fenómenos y problemas que constituyen su campo,
2. Las disciplinas biomédicas han caído en una trampa dualista, al delimitar un campo de salud mental,
3. Existen un conjunto de fenómenos que se han venido integrando al espectro de enfermedades, para los cuales las disciplinas biomédicas no tienen evidencias, parámetros o explicaciones.

A partir de lo anterior, lo que debe reflexionarse es que la psicología está respondiendo a las demandas de otras disciplinas, que no están brindando el conocimiento general necesario para que la psicología delimite su actuar. Tómese como ejemplo el caso del VIH/SIDA. En un inicio las disciplinas biomédicas no tenían clara la forma de contagio de esta enfermedad. En el momento en que descubren que su contagio se da a través de fluidos, la psicología delimita las conductas instrumentales de prevención, llámese cuidados en transfusiones, no compartir agujas, o uso correcto y consistente del condón. En el caso de la fibromialgia, no hay esclarecimiento con respecto a esta “patología” y, en ese sentido, no se pueden delimitar conductas instrumentales preventivas o conductas instrumentales de riesgo que se deberían cambiar. Ante este panorama, el psicólogo de la salud debe centrarse en lo que, desde el Modelo psicológico de la salud Biológica, se denominan conductas asociadas a enfermedad, esto es, en el comportamiento de los pacientes derivado de su diagnóstico de fibromialgia, es decir, ¿cómo interactúan ante y con la enfermedad? ¿en qué circunstancias? ¿en qué y cómo ha repercutido su enfermedad? ¿qué saben hacer, ¿con qué información cuentan? Entre otros.

No se puede considerar que esta “enfermedad” es dominio del psicólogo, si se analizan los errores lógicos de definir problemas mentales.

Finalmente, habría que enfatizar que la fibromialgia representa un reto para los profesionales de la salud, que desconocen este fenómeno como muchos otros,

especialmente los llamados autoinmunes; sin embargo, esto no implica que el psicólogo no pueda intervenir en las conductas asociadas a enfermedad procurando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

Es menester del psicólogo reflexionar acerca de las explicaciones sobre su objeto de estudio. Si se pretende establecer a la psicología como una disciplina científica, no basta con apegarse a los pasos de un método científico o generar formas de intervención que estadísticamente muestran eficacia. Es labor necesaria, indagar la pertinencia de su sistema conceptual para explicar e investigar su objeto de estudio. Además, poseer una teoría general – y no varias que resultan incompatibles entre sí-, de la cual se puedan derivar diferentes herramientas tecnológicas.

La propuesta aquí esbozada, se centró en la fibromialgia; sin embargo, existen otros padecimientos a los que se les siguen dando explicaciones similares. La FM continúa siendo una enfermedad que genera controversia, en muchos sentidos, en la comunidad científica, lo cual ha conducido a que su etiopatogenia se polarice en dos vertientes: la primera, esencialmente neurológica, donde la explicación subyace en las anomalías a nivel cerebral; la segunda, esencialmente psicológica, es atribuida a diferentes trastornos mentales en el individuo. Ambas explicaciones, suponen errores en mayor o menor grado.

Por un lado, resulta incorrecto reducir a la fibromialgia como una enfermedad que es ocasionada por anomalías cerebrales, puesto que sería una explicación reduccionista, además de que no se han encontrado resultados que puedan apoyar de manera decisiva tales explicaciones; por otro lado, adjudicarla a variables psicológicas, implica el mismo reduccionismo, además de sustentarse en el error lógico que implica la salud mental. Una enfermedad, en principio, debe considerarse como tal por las disciplinas biomédicas quienes determinarán los problemas a explicar y por otras disciplinas, es decir, determinarán los cauces a seguir por el trabajo multidisciplinario. La enfermedad al final tendrá que ser atendida en sus diversas dimensiones de análisis. Los diferentes profesionales de la salud, debemos reflexionar acerca de nuestro qué hacer y, en el caso de la psicología, cuestionar

teóricamente aquello de que un paciente con fibromialgia tiene <depresión> por los niveles bajos de serotonina (Cordero et al., 2010).

La fibromialgia, en ninguna circunstancia, puede considerarse una enfermedad psicológica, psicosomática o como un trastorno mental; resulta incorrecto e innecesario. Por el contrario, la persona con FM se comporta de determinadas formas ante ciertas circunstancias y, es aquí, donde el psicólogo de la salud debe priorizar su análisis, no en la mente.

Si se quiere que la psicología sea una ciencia natural, se tiene que trabajar de la misma forma que el resto de las ciencias: sin mentalismos y sin reduccionismos. La propuesta del modelo psicológico de salud biológica permite superar los problemas aquí esbozados y ofrece un auténtico análisis de carácter naturalista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, C. y Sellas, A. (2008). Fibromialgia: enfermedad de la emoción o emoción del dolor. *Medicina Clínica: 131*(13), 503 – 504.
- Belenguer, R., Ramos–Casals, M., Siso, A. y Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica: 5* (2), 55 – 62.
- Blanco, W. y Seguí, M. (2002). Fibromialgia y trastorno somatomorfo: ¿existe un límite definido? *SEMERGEN: 28*(4), 216-218.
- Caballero, L. y Caballero, F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Monográfico Salud mental en atención primaria: 1*, 15-29. Recuperado de: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/15/00150029_LR.pdf.
- Chaves, D. (2013). Revisión bibliográfica: Actualización en Fibromialgia. *Medicina Legal de Costa Rica: 30*(1), 83 - 88.
- Colegio Americano de Reumatología (2010). Documento recuperado de <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Fibromialgia>

- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Cerda, D., Vilarrasa, R., Valdes, M., et al. (2001). Efficiency of multidisciplinary treatment of chronic pain with locomotor disability. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 117, 401–405.
- Collado, A. y Conesa, A. (2010). Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química. *Reumatología Clínica*: 5(52), 27-31. Recuperado de: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tratamiento-farmacologicofibromialgiahaciane neuromodulacion/articulo/S1699258X09001478/>
- Comeche, I., Martín, A., Rodríguez, M^a., Ortega, P., Díaz, M. y Vallejo, M. (2010). Tratamiento Cognitivo - Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*: 21 (2), 107 - 121.
- Contreras, N. y Tamayo, R. (2005). Fibromialgia aspectos clínico-prácticos del diagnóstico y tratamiento. *Médica Sur*: 12(2), 93 - 98.
- Cordero, M., Alcocer-Gómez, E., Cano-García, F., de Miguel, M., Sánchez-Alcázar, J. y Moreno, A. (2010). Bajos valores de serotonina en suero se correlacionan con la gravedad de los síntomas de la fibromialgia. *Medicina Clínica*: 135(14), 644-646.
- Covarrubias – Gómez, A. y Carrillo – Torres, O. (2016). Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*: 39, 58 – 63. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cma161g.pdf>
- Donoso, L. y Lorenzo, A. (2016). Factores Psicológicos y su rol en el Proceso Salud - Enfermedad de Pacientes Diagnosticados con Fibromialgia. *Salud y Sociedad*: 7, 46 - 59.
- García – Bardón, F., Castel – Bernal, B. y Vidal – Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de Intervención. *Reumatología Clínica*: 2 (1), 38 – 43.
- Hidalgo, F. (2011). Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*: 18(6), 342-350. Recuperado de: http://www.academia.edu/25075249/Fibromialgia_Consideraciones_etiopatog%C3%A9nicas
- Kantor, J. R. y Smith, N. W. (1975). *The Science of Psychology. An interbehavioral survey*, Chicago: The Principia Press, Inc.
- Martínez, E., González, O. y Crespo, J. (2003). Fibromialgia: Definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*: 3 (4), 1-8. Recuperado de: <https://afibrosal.org/documentos/investigaciones/documento02.pdf>

- Martínez, B., Sánchez, Y., Urra, K., Thomas, Y. y Burgos, J. (2012). Hormona de la oscuridad. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica: 59* (4), 222-232. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2012/pt124h.pdf>
- Nishishinya, M., Rivera, J., Alegre C. y Pereda, C. (2006). Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. *Medicina Clínica, 127*(8), 295-299.
- Pérez, M. (2016). Tratamiento psicológico de la fibromialgia en una Unidad de Salud Mental (Tesis de grado en psicología). Universidad Jaime I. Madrid. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/162855/TFG_2016_per ezM.pdf?sequence=1
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su *qué* y su *para qué*. *Universitas Psychological: 5* (3), 669-679. Recuperado de: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N317_psicologiasalud.pdf
- Ribes, E. (1982). *El Conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2018). *Una introducción a la teoría de la psicología*. México: Manual Moderno.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M.L. y Landa, P. (1986). El análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología: 8*, 27-52.
- Rivera J., Alegre C., Nishishinya M. y Pereda C. (2006). Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatología Clínica, 2* Supl 1: S34-7. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12940/evidencias_terap.pdf
- Rothenberg, R. (2010). Patofisiología y tratamiento de la fibromialgia. Una guía para pacientes y médicos. *FibromyalgiaFrontiers: 18*. Recuperado de: <http://www.fmpartnership.org/articles/Rothenberg%20Spanish-language.pdf>
- Ryle, G. (1949). *El concepto de lo mental*. México: Paidós.
- Sprott, H., Salemi S., Gay R., Bradley L., Alarcón G., Oh S., Michael B. y Gay S. (2004). Increased DNA fragmentation and ultrastructural changes in fibromyalgic muscle fibres. *Annals of the Rheumatic Diseases: 62*, 245-251. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1754917/pdf/v063p00245.pdf>

Tovar, M. (2005). Fibromialgia. *Colombia Médica*: 36 (4), 287 – 291. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28336411.pdf>

Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R., Mease, P., Russell, A., Russell, J., Winfield, J. y Yunus, M. (2010). Preliminary Diagnostic Criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Research*: 62 (5), 600 – 610.