EL PAPEL DE LAS EMOCIONES POSITIVAS EN EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

***Arizmendiarrieta, E., *Bilbao, N., *Pérez, N. y **Landeta, O.**
**Grupo Eupsike*
***UNED-Bizkaia*

RESUMEN

El Síndrome de Fibromialgia se presenta como un conjunto de síntomas crónicos que alteran la calidad de vida de quien lo sufre. Su principal manifestación es el dolor, que se presenta acompañado de cansancio, rigidez y alteración del sueño. Estos síntomas afectan a los sistemas fisiológico, psicológico y social del individuo, dándose una relación bidireccional entre estos sistemas. Los tratamientos actuales se dirigen al manejo de los síntomas, buscando reducir el dolor, mejorar la calidad del sueño, mantener la actividad diaria y tratar de disminuir los niveles de ansiedad y estrés. Para lograr estos objetivos se centran en cuatro pilares básicos: la educación, la farmacología, la terapia física y la psicológica. Desde la Psicología Positiva (Seligman) se utilizan las emociones positivas como generadoras de estados físicos que procuren un efecto beneficioso para el individuo y potenciar de esta forma sus fortalezas. El optimismo, la esperanza y la perseverancia actuarían como amortiguador de los efectos psicológicos perniciosos de las dolencias físicas. Las emociones positivas tendrían, por tanto, un papel esencial en el cuidado de la salud y en la consecución de estados subjetivos de bienestar. La meta de la psicología positiva sería hacer emerger, confirmar y elaborar emociones placenteras para traducirlas en acción. Estas emociones se utilizarían para prevenir enfermedades, reducir la intensidad y duración de las mismas y alcanzar el bienestar subjetivo.
Palabras clave: Síndrome de Fibromialgia, dolor crónico, emociones positivas

ABSTRACT

Fibromyalgia Syndrome is a set of chronic symptoms that disturb patient's quality of life. Its main sing is pain that usually appears with fatigue, stiffness and sleeping disorders. These symptoms affect patient's physiological, psychological and social systems, being given a reciprocity between these systems. Treatments are directed managing of the symptoms, seeking to reduce the pain, to improve the quality of sleeping, to maintain the daily activity and to try to reducing the anxiety and stress levels. The main effort are focused on education, pharmacology, physical therapy and psychological aspects. Positive Psychology employes positive emotions to reach a beneficial effect for the person. This kind of emotion generates a useful physiological response for the person, so that he promotes his positive qualities. Optimism, hope and perseverance act as "buffering effect" that protect from the unpleasant effects of illness. Positive emotions play an essential role on the healthcare and the achievement of a subjective status of wellbeing. The goal of positive psychology would be made to emerge, to confirm and to elaborate positive emotions to translate them in action. These emotions would be used to prevent diseases, to reduce the intensity and duration of the same and to reach the subjective wellbeing.
Key Words: Fibromyalgia Syndrome, chronic pain, positive emotions

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Fibromialgia es una enfermedad crónica reumatológica caracterizada por dolor generalizado cuyos factores más destacables son la cronicidad y su condición oscilante. El estado de salud de la persona que padece esta enfermedad no sólo se ve afectado por el dolor en un momento puntual de su vida, sino que está constantemente siendo puesto a prueba. Las consecuencias que genera el padecimiento continuo de dolor se reflejan tanto a nivel fisiológico, psicológico como social. Si consideramos que la relación entre los factores psicológicos y el estado de salud es bidireccional, un deterioro del estado de salud (como el que tiene lugar con el Síndrome de Fibromialgia) generará consecuencias emocionales que a su vez repercutirán sobre la salud del propio individuo. Los estados emocionales modifican notablemente la percepción de la enfermedad y como consecuencia actúan sobre la conducta de las personas. Las emociones, especialmente las de valencia positiva, juegan un importante papel no sólo en el mantenimiento de la salud, sino en la consecución de un estado de bienestar aún en situaciones de dolor crónico; por una parte, ejerciendo cambios fisiológicos saludables y contrarios a los ejercidos por las emociones negativas (Fredrickson y Levenson, 1998); y, por

otra, porque cambian el tono emocional y eliminan las influencias de las emociones negativas. Teniendo en cuenta el papel que pueden desarrollar las emociones positivas sobre la salud y el bienestar, a lo largo de las próximas páginas revisaremos la importancia de estas emociones en relación con el Síndrome de Fibromialgia.

SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

Historia

En 1750 Richard Mannigham describió en las observaciones clínicas de sus pacientes quejas y síntomas como el cansancio y el dolor que no correspondían a ninguna enfermedad y que él denominó *febrícula* o *pequeña fiebre* (Giménez, Jiménez, Mingote y Jiménez, 2003).

Un siglo más tarde se hablaba ya de un reumatismo muscular o de partes blandas que se caracterizaba por la presencia de áreas de dolor y rigidez en músculos y tejidos blandos. En 1904 William Gowers introduce el término *fibrositis* para describir esta dolencia que lleva implícito un proceso inflamatorio. A finales de los años 30 y 40 surgen los conceptos relacionados con el Síndrome de Fibromialgia: Síndrome Miofascial (Steindler, 1938) y Reumatismo Psicógeno (Boland, 1947). La enfermedad queda definida, entonces, como una *psiconeurosis*. Es en 1975 cuando Hench utiliza por primera vez el término *Fibromialgia* para resaltar la ausencia de signos inflamatorios en esta enfermedad, abandonándose definitivamente el término *fibrositis* (Hench, 1976).

El *American College of Rheumatology* (ACR) (Wolfe et al., 1990) propone en 1990 los criterios para definir, diagnosticar y clasificar el Síndrome de Fibromialgia (SMF) que son aplicados en la actualidad y que se incluyen en la ICD-10 como "*M79-0 Reumatismo inespecífico*". Aunque es en 1992 cuando la OMS reconoce el Síndrome de Fibromialgia como una entidad clínica específica, entendida como una "alteración o interrupción de la estructura o función de una parte del cuerpo, con síntomas y signos característicos y cuya etiología, patogenia y pronóstico pueden ser conocidos o no" (León, 2006). Dos años más tarde es reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y se clasifica con el código *X33.X8a* (Quintner, 1992).

Definición y Criterios Diagnósticos del SFM

El Síndrome de Fibromialgia es una enfermedad reumatológica caracterizada por dolor generalizado, que afecta fundamentalmente a los músculos, con múltiples puntos sensibles (puntos gatillo o tender points) y cuya causa es desconocida. Este concepto se deriva del griego *algia* que significa dolor, *myo* que indica músculo y del latín *fibro* que hace referencia al tejido que conecta los tendones y ligamentos.

Se considera un síndrome porque hace referencia a un grupo de signos y síntomas que tienen lugar conjuntamente y que caracterizan una anormalidad particular.

Aunque las personas con este síndrome tienen dolores similares a los de una enfermedad de las articulaciones, la fibromialgia no produce inflamación y por lo tanto no es una forma de artritis (caracterizada por la inflamación de las articulaciones). Más bien, la fibromialgia es una forma de reumatismo de los tejidos blandos en la que se produce dolor en los músculos y en los tejidos que conectan los huesos, ligamentos y tendones y que afecta aproximadamente a un 2,37% de la población española según el estudio realizado por la Sociedad Española de Reumatología (Valverde, Juan, Ribas, y Moreno, 2001). La prevalencia en mujeres se estima en un 4,2% y en varones en un 0,2% (se da una proporción de un 21/1 respecto a los varones); por edad presenta un pico de prevalencia entre los 40 y 49 años (4,9%).

Si bien se ha admitido la existencia del SFM desde hace varios años, no es hasta el año 1990 cuando el Colegio Americano de Reumatología (ACR) desarrolla los siguientes criterios oficiales para el diagnóstico de dicho síndrome:

1. Dolor crónico musculoesquelético generalizado de más de 3 meses de evolución en cada uno de los cuatro cuadrantes del cuerpo
2. Sensibilidad dolorosa aumentada en 11 o más de los 18 puntos de localizaciones precisas que han sido denominados *tender points*
3. Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor subyacente (artritis reumatoide, lupus, etc.)

Además de estos criterios una diagnosis de SFM requiere una evaluación del paciente por un médico hábil en la misma. Es fundamental recoger en la historia clínica los síntomas clave, la aparición de los mismos, antecedentes traumáticos físicos y/o psicológicos (si los hubiera) y en qué situaciones mejoran o empeoran. Los resultados de la exploración clínica, pruebas complementarias de laboratorio y los estudios radiológicos suelen ser normales, por tanto se hace necesario establecer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades de sintomatología común: el Síndrome de Fatiga Crónica, la Enfermedad de Lyme, la Artritis Reumatoide, el Lupus Eritematoso Sistémico o la Polimialgia Reumática.

Síntomas principales y Síndromes Asociados

Aunque existe gran variedad de síntomas, los más frecuentes y característicos son: **dolor** (100%), **cansancio** (57-92%), **rigidez** (76-84%) y **alteraciones del sueño** (56-72%). El dolor es el principal motivo de consulta y se describe frecuentemente como *quemazón*. La presencia de dolor generalizado está presente en todos los afectados pero su localización y el número de sitios afectados varían en los mismos. La rigidez matutina o postreposo puede notarse particularmente después de permanecer sentado durante periodos prolongados, o por cambios de tem-

peratura o de humedad relativa. Las alteraciones del sueño son referidas como *sueño no reparador, pobre, poco profundo* y *fraccionado por un frecuente despertar*. A pesar de dormir las horas suficientes los pacientes que sufren SFM pueden despertarse y sentirse todavía cansados como si no hubieran dormido, además experimentan dificultades al intentar dormirse o mantenerse dormidos. Se desconocen las razones por las que la Fibromialgia causa que el sueño no sea reparador aunque existen investigaciones que documentan interrupciones en la etapa más profunda del sueño (etapa delta) de algunos pacientes (Moldofsky, Scarisbrick, England y Smythe, 1975).

Además de estos cuatro síntomas principales, el individuo que sufre SFM puede padecer otra serie de síntomas o síndromes relacionados con él (ver tabla 1). Igual que el dolor y el agotamiento, la severidad de estos tiende a acrecentarse y disminuir, del mismo modo que la molestia que ocasiona a los individuos.

Tabla 1. Síntomas y síndromes asociados al Síndrome de Fibromialgia

Síntomas y síndromes asociados:

- Síndrome por dolor miofacial
- Síndrome de Raynaud
- Síndrome uretral femenino
- Síndrome seco
- Síndrome de colon irritable
- Disfunción de la articulación temporomandibular
- Dolor lumbar idiopático
- Cefalea tensional crónica
- Desequilibrio
- Parestesias
- Síndrome de las piernas inquietas
- Trastornos cognoscitivos
- Depresión y ansiedad
- Hipersensibilidad sensorial
- Síndrome de fatiga crónica
- Urgencia urinaria
- Síndrome del túnel del carpo

Tratamientos

Partiendo de la base de que la Fibromialgia es una enfermedad reumatológica, por lo tanto, física; la medicina tradicional es el primer eslabón en el tratamiento y rehabilitación de los afectados. Sin embargo, y ante la complejidad de dicho sín-

drome, la Psicología de la Salud permite, a través del análisis de los factores emocionales, cognitivos y comportamentales, la mejora en la calidad de vida del enfermo. Es el modelo Bio-Psico-Social el que más cerca se encuentra de lograr este objetivo, ya que, sin obviar los elementos físicos, tratados por los profesionales de la medicina, busca la consecución de un estado de bienestar, en muchos casos relativo, permitiendo un abordaje integral de la persona al tener en cuenta la interrelación de los diferentes factores implicados. Procura así una perspectiva multidisciplinar tanto en el proceso diagnóstico como en el tratamiento.

En el tratamiento solo existe un camino a seguir; éste consiste en reducir el dolor, mejorar la calidad del sueño, mantener la función y la actividad diaria, tratar el estrés y disminuir el impacto de los síntomas asociados (Jiménez et al., 2003). Pero en la actualidad no hay una cura para la Fibromialgia, por lo que los tratamientos se dirigen al manejo sintomático, en la medida de lo posible. Al igual que las manifestaciones de la Fibromialgia varían de paciente a paciente, también cambian las formas de intervención (lo que sirve para un paciente puede ser que no sirva para otro). Puesto que el tratamiento exitoso puede implicar la combinación de diferentes profesionales de la Salud, los pacientes se suelen beneficiar de una aproximación al tratamiento de la enfermedad coordinada. Las estrategias terapéuticas que se emplean componen un conjunto de medidas que se potencian entre sí y que se deben aplicar en cuatro áreas:

1. Educativa
2. Farmacológica
3. Física
4. Psicológica

Queda demostrado (Bosch, Sáenz, Valls y Vinolas, 2002) el beneficio terapéutico que puede suponer formar parte de programas educativos en los que, tanto los pacientes como sus familiares, son informados desde el principio de la situación que padecen; se les debe ofrecer respuestas a preguntas como qué es la Fibromialgia, cómo se diagnostica, qué se sabe acerca de ella, cuál es su tratamiento y pronóstico. Se les debe explicar, desde una relación de máxima confianza con los profesionales, las limitaciones físicas y psicológicas a las que están expuestos, las líneas de trabajo de los distintos terapeutas, la importancia del cumplimiento de los programas y la necesidad de una implicación activa por su parte. No se deben fomentar falsas expectativas de curación, ni explicaciones desconcertantes sobre el Síndrome.

En esta fase educativa también se les debe informar de la importancia que supone una correcta administración de fármacos para, así, controlar el dolor y otros síntomas añadidos. Los medicamentos disponibles en la actualidad para intervenir con la enfermedad son la amitriptilina y la ciclobenzaprina, aunque en este sín-

drome es característica la polimedicación de los enfermos. Los fármacos que habitualmente son recetados son los siguientes (Yeguas, 2001):

a) Amitriptilina (antidepresivos tricíclicos); para tratar la falta de serotonina asociada a la Fibromialgia, reducir el dolor y conciliar el sueño.
b) Ciclobenzaprina (Yurelax); empleado como relajante muscular para tratar los dolores y espasmos musculares.
c) Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (fluoxetina, paroxetina y sertralina); para el tratamiento de la depresión.
d) Antiinflamatorios no esteroideos (Aspirina e Ibuprofeno); para disminuir el dolor.
e) Analgésicos (codeína y Tramadol); pueden ser útiles para el dolor crónico.
f) Benzodiazepinas (diazepam, alprazolam, lorazepam y clonazepam); para aliviar la ansiedad y los espasmos musculares.
g) Hipnóticos (zolpidem); poco utilizado aunque se recomienda por periodos cortos a las personas que tienen problemas graves de sueño.

Es imprescindible individualizar el tratamiento en cada caso, buscar el fármaco o la combinación más adecuada, introducir los tratamientos de manera progresiva y explicar claramente cuál es el efecto esperado de los mismos, ya que muchos de estos medicamentos provocan efectos adversos en el paciente como pueden ser: problemas gastrointestinales, reacciones alérgicas, dependencia física, nerviosismo, insomnio, etc. Además, los pacientes con Síndrome de Fibromialgia pueden llegar a presentar intolerancias farmacológicas múltiples. Por tanto, siempre deben ser administrados y prescritos por un facultativo que lleve un control periódico sobre la ingesta de los mismos.

En lo que se refiere al tratamiento rehabilitador y físico, éste debe ser personalizado y adaptado a cada paciente (Burckhardt, Mannerkorpi, Hedenberg y Bjelle, 1994), ya que varía en función del grado y manifestación clínica de cada caso. El tratamiento requiere una implicación activa del paciente y está dirigido a rebajar la hipertonía muscular y relajar la musculatura para paliar el dolor; además suele resultar beneficioso actuar sobre factores de sobrecarga (intentando eliminar la sobreexposición a factores como la humedad, el frío, la sobrecarga posicional, etc.). Hay una gran variedad de terapias, pero deben ser siempre administradas por profesionales de rehabilitación física que estén familiarizados con el Síndrome de Fibromialgia y/o practicados en casa bajo supervisión (o tras un entrenamiento por parte de un profesional). La práctica de ejercicio es la que genera una mayor evidencia de efectividad (Sim y Adams, 1999). Los ejercicios aeróbicos de bajo impacto (caminar, bicicleta estática, hacer ejercicio en piscinas de agua caliente, etc.) son muy importantes para evitar la atrofia muscular, fomentar la circulación de la sangre e incrementar la fuerza. La única regla que deben tener en cuenta los pacientes con Fibromialgia es la de comenzar de manera paulatina a realizar ejercicio

e ir incrementando progresivamente su tolerancia al mismo; se les recomienda, asimismo, que practiquen de forma regular aquellos que más les agraden. Los ejercicios aeróbicos se suelen acompañar de estiramientos suaves que ayudan a aliviar la tensión y los espasmos musculares; tras un entrenamiento por parte de un fisioterapeuta estos pueden ser suavemente practicados en casa. Aparte de estos métodos, también se suelen aplicar técnicas "pasivas" como la quiropráctica, los masajes, la osteopatía, la terapia craneosacral, la acupuntura, etc., aunque éstas suelen ser más efectivas aplicadas para problemas locales como las tendinopatías.

Desde el punto de vista psicológico, hay que tener en cuenta que las características intrínsecas del síndrome o la peregrinación por diferentes servicios médicos de los pacientes hasta conseguir el diagnóstico, pueden incrementar la posibilidad de presentar mayores problemas psicológicos que otros pacientes con otro tipo de enfermedad (Giménez et al., 2003). Para Hasset, Cone, Patella y Sigal (2000), las personas con Fibromialgia presentan una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica (mayores eventos traumáticos infantiles, pesimismo, desesperanza, dependencia y pasividad, negación de problemas y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos). También encuentra un elevado catastrofismo (o creencias pesimistas) en estos pacientes, y concluye que estas creencias jugarían un papel importante en el dolor y la depresión; presentan sentimientos de inutilidad, fracaso, aversión e, incluso, ideación suicida. La mayoría de estas manifestaciones psicológicas pueden ser consideradas aspectos del dolor crónico. Las personas que lo padecen presentan alteraciones del funcionamiento psicosocial relacionados con el abuso de fármacos, funcionamiento físico bajo, dependencia de la psicoterapia pasiva, aumento de la indefensión y de la desesperanza, elevada resistencia al tratamiento, conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales y cambios emocionales y afectivos negativos (Martínez, González y Crespo, 2003).

Todos estos problemas asociados al padecimiento de una enfermedad crónica generan un claro impacto en la calidad de vida del paciente, al mermarse el bienestar físico, emocional y social, y sentir que disminuye su capacidad funcional en la ejecución de las tareas comunes de la vida diaria (Leplege y Hunt, 1997). La terapia cognitivo-conductual intenta enseñar al paciente el papel que él juega en el manejo de su dolor, midiendo el grado de interferencia que el dolor le produce en su actividad diaria y qué influencia tienen las respuestas de sus familiares (reforzadoras de conductas de dolor o adaptativas). Las técnicas a utilizar deben incluir intervenciones sobre las emociones, sobre la sensación de no controlar su propia vida y estar atrapado, sobre la falta de apoyo social, sobre la evitación del problema, sobre el abuso de medicación, etc. Se interviene induciendo conductas adecuadas para mejorar su actividad en la vida diaria, estableciendo metas, promoviendo conductas saludables y de integración social, modificando los pensamientos negativos y las creencias irracionales, utilizando técnicas de relajación y autocon-

trol, promoviendo expectativas de autoeficacia y favoreciendo modos de afrontamiento adecuados ante la propia enfermedad y ante la vida en general (visión optimista de los problemas, actuación práctica resolviendo obstáculos inmediatos, etc.). Se interviene para conseguir en el individuo una mejora en su adaptación y bienestar, y en la calidad de vida (Rodríguez y Cano, 2001).

En definitiva, la Psicología en su área de aplicación al marco de la Salud, estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados al Síndrome de Fibromialgia, integrando las aportaciones individuales, grupales y comunitarias, para la promoción, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y para conseguir una buena calidad de vida del enfermo (Rodríguez Marín, 1995). Según este enfoque, la manera en que se vive esta enfermedad y su repercusión psicológica dependen entre otros parámetros de los procesos emocionales. Las emociones, tanto positivas como negativas, juegan un papel fundamental; además de ser importantes para el bienestar/malestar de los individuos y cumplir una función social en la comunicación, están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos sobre los que influyen a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para mantener las conductas saludables y modificar las no saludables (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

EMOCIONES POSITIVAS Y SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

Cuando una persona recibe el diagnóstico de SFM las emociones que ese hecho suscita van a jugar un papel crucial en el afrontamiento del mismo, ya que las emociones son procesos que preparan al organismo para enfrentarse a situaciones que suponen un desequilibrio. Cuando una emoción es activada hay una toma de conciencia de la situación, una experiencia subjetiva sentida, una respuesta fisiológica pareja a dicha experiencia subjetiva y que implica una respuesta cognitiva con claros tintes actitudinales. Estos pueden implicar una expresión externa en forma de manifestaciones incontroladas o en forma de comportamientos perfectamente conscientes, controlados y dirigidos hacia objetivos concretos.

Por eso desde la Psicología Positiva, así definida por Seligman (Seligman y Csikszentmyhali, 2000), lo que se pretende es utilizar las emociones, y más concretamente las de signo positivo, como generadoras de estados físicos que procuren una reactividad fisiológica beneficiosa para el individuo. Esto supone un nuevo enfoque pragmático ya que el modelo patogénico, utilizado durante décadas se ha mostrado incapaz de acercarse a la prevención de trastornos emocionales, quizá porque la prevención siempre ha sido entendida desde los aspectos negativos y se ha centrado en evitar o eliminar las emociones negativas. En este sentido se ha comprobado que existen fortalezas en el individuo como el optimismo, la esperan-

za, la perseverancia o el coraje, que actúan como amortiguadoras contra los efectos psicológicos perniciosos que destilan de las dolencias físicas. En el caso del SFM, la cronicidad del dolor conlleva unos estados psicológicos, principalmente los relacionados con la depresión y la ansiedad, que incrementan el sufrimiento físico. Este aumento del dolor supone una acentuación de las emociones negativas, encerrando al individuo en un círculo vicioso de dolor y tristeza. Desde la Psicología Positiva se pretende romper esa dinámica. Si se promueven las emociones positivas, el sufrimiento físico disminuirá, y al disminuir éste las emociones de signo negativo irán dejando paso a las positivas, creándose un nuevo feedback y promoviendo estados de bienestar.

El objetivo de esta rama de la psicología es, por tanto, mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La concepción actual centrada en la patología se centra en corregir defectos y reparar aquello que ya se ha roto. Por el contrario, la psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención; representa un nuevo punto de vista desde el que entender la psicología y la salud mental que viene a complementar al ya existente.

Variables como el optimismo, el humor o las emociones positivas son las piedras angulares de la investigación en la Psicología Positiva, que busca aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana que, además de ayudar a resolver los problemas de salud mental, favorezcan la consecución de una mejor calidad de vida y bienestar. En patologías crónicas como el SFM aspira a paliar los efectos perniciosos de los trastornos que se desarrollan paralelamente a los síntomas físicos que caracterizan a esta dolencia, y promover otros estados mentales que mejoren la tan deteriorada calidad de vida de estos pacientes, y con ello conseguir un estado relativo de bienestar.

Emociones positivas *vs*. Emociones negativas

La mayoría de los investigadores se han dedicado a estudiar los efectos de las emociones negativas en la persona, ya que el miedo, la tristeza y la ira, tienen un valor adaptativo sin el cual el individuo no podría sobrevivir. Esta tendencia natural a estudiar aquello que amenaza al ser humano ha llevado a centrar el interés en las emociones que ayudan a hacer frente a peligros o estímulos que le intimidan.

Las emociones positivas son más difíciles de estudiar ya que son menos, cuantitativamente hablando, y más difíciles de distinguir. El motivo de esta dificultad viene dado por el hecho de que las emociones negativas cuentan con configuraciones faciales específicas propias que hacen posible su reconocimiento universal (Ekman, 1989). Por el contrario, las emociones positivas no poseen expresiones faciales únicas y características. Incluso a nivel neurológico, las emociones negativas desencadenan diferentes respuestas en el sistema nervioso autonómico, mientras que las emociones positivas no provocan respuestas diferenciadas.

Los investigadores se han aproximado al estudio de las emociones positivas desde el marco teórico propio de las emociones negativas. Desde este punto de vista, las emociones están, por definición, asociadas a impulsos de acción. Las emociones negativas tienen un obvio valor adaptativo y representan una solución ante una amenaza. Si sufrimos una lesión que nos produce dolor, esa sensación hará que reaccionemos sintiendo miedo, ira o ansiedad (consideradas éstas como emociones negativas). Dichas emociones van a hacer que movilicemos nuestros recursos para buscar la causa de dicho dolor y eliminarla. Sin embargo, el valor adaptativo de las emociones positivas es más complejo de explicar y esto ha propiciado que durante años haya sido ignorado, aunque el hecho de que sigan con nosotros tras siglos de evolución, implica que tienen un valor importante para nuestra supervivencia.

El hecho de experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001). Los pacientes con SFM son entrenados en estrategias de afrontamiento, que son entendidas como un mecanismo de control emocional, que protegen al individuo del malestar producido por la emoción desagradable. Son estrategias de tipo cognitivo y conductual que ejercitan al individuo en la modificación de la situación que produce la emoción negativa, siempre y cuando sea posible, o en la intensidad de dicha emoción negativa y en la búsqueda de una emoción positiva que la sustituya. Las emociones positivas son entendidas como un medio para solventar muchos de los problemas que generan las negativas y como un instrumento para sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecidos de ellos. Son canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar situaciones difíciles (Fredrickson, 2000).

Emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque son diferentes entre sí, comparten el hecho de ampliar los repertorios de pensamiento y acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para futuras crisis. Experimentar emociones positivas, por tanto, no tiene únicamente efectos placenteros a corto plazo, sino que tiene además consecuencias beneficiosas a largo plazo, ya que nos prepara para tiempos futuros más duros.

Emociones positivas y salud

Si entendemos que la salud es algo más que la ausencia de la enfermedad, como afirma la OMS, también podemos entender que las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, y así utilizar esas emociones positivas para prevenir patologías, reducir la intensidad y duración de las mismas y alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Según Aspinwal, Richter y Hoffman (2001) las emociones positivas protegen a las personas de enfermedades y trastornos, ya que quienes se consideran felices buscan, asimilan y recuerdan mejor la información sobre los riesgos para la salud. Las emociones positivas tienen un papel esencial en el cuidado de la salud y en la consecución de estados subjetivos de bienestar.

Las emociones positivas contribuyen a hacer a las personas más resistentes ante los acontecimientos adversos, es lo que se llama *resiliencia.* Las personas resilientes son aquellas que experimentan emociones positivas en situaciones estresantes. Estas mismas emociones son las que facilitan un mejor y más rápido restablecimiento. La presencia de emociones positivas durante los momentos de aflicción hace más probable que se desarrollen planes de futuro y estos planes, junto con las emociones positivas, predicen un mejor ajuste psicológico tras la vivencia de un suceso traumático.

Un estado afectivo positivo, favorecido por la experiencia de emociones positivas, llevaría a un pensamiento abierto, integrador, creativo y flexible que facilitaría el afrontamiento eficaz de la adversidad e incrementaría los niveles de bienestar futuros (Fredrickson, 2001).

Aplicaciones terapéuticas

Muchas técnicas y estrategias de intervención psicológicas deben su éxito a que generan en el individuo estados emocionales positivos, así por ejemplo, las técnicas de relajación, tan utilizadas en SFM, son eficaces porque propician condiciones adecuadas para sentirse contento (calma interior).

Las técnicas conductuales se proponen incrementar el número de actividades placenteras para tratar trastornos mentales. Obviamente, la realización de actividades placenteras elegidas por uno mismo incrementa los niveles de reforzamiento positivo recibidos y hace más probable la aparición de diversas emociones positivas, que contrarrestan la presencia de las negativas. En el caso de los pacientes con SFM el número de actividades placenteras que pueden realizar estará limitado en función de la discapacidad que presenten (si es que presentan alguna), por eso es importante tener una percepción realista de las propias circunstancias, y las restricciones que supone el síndrome. Una vez aceptadas éstas, la realización de aquello que produce placer al individuo, y que no le hace alcanzar umbrales de dolor desproporcionados, hará surgir las emociones positivas y sus efectos beneficiosos sobre el estado general.

Las técnicas cognitivas explican que no son los acontecimientos negativos en sí mismos los que conducen a la depresión, sino las explicaciones que las personas tienen sobre ellos. Es un intento por anular el efecto de los significados negativos, aunque no siempre se sustituyan por unos positivos. Los acontecimientos adversos sufren una reevaluación positiva. Las diferentes cogniciones que presentan los pacientes de dolor crónico influyen en su estado de ánimo, afectan a los procesos

fisiológicos que se desarrollan en su organismo, producen consecuencias sociales y también sirven como motor de su comportamiento. De manera recíproca, el estado de ánimo, la fisiología, los factores ambientales y la conducta influyen tanto en la naturaleza como en el contenido de los pensamientos que presenta el paciente (Comeche y Lasa, 2001). Las ideas que los pacientes - dolientes tienen sobre sus circunstancias, por tanto, pueden ser su mayor aliado o por el contrario convertirse en su peor enemigo, ya que de ellas va a depender su estado de ánimo, y por consiguiente su percepción del dolor.

El sentido del humor

El sentido del humor es una capacidad única del ser humano a la cual se atribuyen múltiples beneficios tanto físicos (tolerancia al dolor, activación del sistema inmunológico, mejora del sistema cardiovascular), sociales (aumento de la motivación, la comunicación, el orden y la armonía social), y sobre todo psicológicos (sensaciones y estados de alegría, bienestar y satisfacción, reducción del estrés, prevención de la depresión). La risa produce una de las sensaciones más placenteras para el individuo.

Puede decirse que la risa produce efectos terapéuticos ya que desencadena beneficios psicofisiológicos a corto plazo, relacionados con la prevención. La risa reduce el estrés y la ansiedad que deterioran la calidad de vida y afectan a la salud física del individuo. El sentido del humor fomenta el buen ánimo que ayuda a sobrellevar una enfermedad o prevenir una depresión.

Existen además hipotéticos beneficios a largo plazo que se atribuyen a determinados mecanismos que impactan sobre la salud física. Así Fry (1994), que se centra en el acto mismo de la risa, explica que ésta produce cambios fisiológicos en el sistema músculo-esquelético, cardiovascular, endocrino, inmunológico y neuronal. La risa vigorosa reduce la tensión muscular, incrementa el oxígeno en la sangre, ejercita el corazón y el aparato circulatorio y produce endorfinas. Los pacientes de SFM suelen tener todos los músculos del cuerpo rígidos, tensionados, lo cual produce dolor. Sin embargo, al reír todos los músculos, que se mantienen en tensión, se relajan. También la cantidad de oxígeno inhalada es mayor, con lo que los tejidos reciben mayor cantidad el mismo y no se sobrecargan tan rápidamente. Pero quizá la mayor virtud de la risa es que hace que se liberen endorfinas que tienen una acción igual a la de la morfina, es decir, producen una inhibición del dolor.

Pero el humor no solo afecta a nuestra salud por medio de sus consecuencias físicas, la risa y el humor van acompañados de un estado emocional positivo (Argyle, 1997). Las emociones positivas independientemente de cómo han sido generadas pueden tener efectos analgésicos, estimular la inmunidad o tener un efecto neutralizador de las secuelas de las emociones negativas (Fredrickson, 1998). El

humor y la risa pueden ser una de las maneras de neutralizar las emociones negativas.

Un tercer mecanismo está relacionado con el efecto moderador del humor sobre el estrés. Los beneficios del humor se refieren al afrontamiento o el control de estrés debido a la valoración cognitiva que proporciona el sentido del humor como perspectiva o visión de la vida (Martin, Kuiper, Olinger y Dance, 1993), y la reducción del estrés proporciona la risa (Yovetich, Dale y Hudak, 1990). Así el humor tiene un efecto indirecto sobre la salud fisiológica, reduciendo el grado del estrés que podría afectar de forma adversa a la salud. El sentido del humor puede ser una variable moderadora del estrés, ya que aporta una perspectiva nueva en las situaciones estresantes, es una estrategia similar a la reinterpretación positiva.

El efecto beneficioso sobre la salud del humor puede estar mediado por el apoyo social, y como sabemos, las relaciones sociales son consideradas esenciales a la hora de optimizar la calidad de vida, sobre todo en las patologías crónicas (Landeta, 2000; Landeta y Calvete, 2006), de tal forma que los individuos con un gran sentido del humor pueden ser más competentes y atractivos socialmente, resultando más cercanos y con más satisfacción en las relaciones sociales. El mayor nivel de apoyo social resultante puede a su vez conferir efectos inhibidores del estrés y estimuladores de la salud.

Optimismo

El optimismo es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991) han hecho de esta variable uno de los puntos centrales de la psicología positiva.

El interés por el optimismo nace de su polo opuesto, es decir, del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Desde entonces se ha comprobado que el optimismo tiene un valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El SFM se relaciona con sufrimiento, malestar, estrés y depresión. Resulta difícil encontrar un atisbo de optimismo en estas circunstancias, pero el propio individuo es capaz de percibir una mejora de su estado físico cuando sus cogniciones y expectativas son positivas. Por lo tanto, el optimismo es una herramienta cuyos efectos pueden ser sumamente beneficiosos en el SFM. No va a evitar los momentos de dolor o las dolencias que aparecen acompañando a la Fibromialgia, pero va a hacer que sobrellevarlas no resulte tan duro y por tanto va a ayudar en la mejora de la calidad de vida.

Si el optimismo puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002), sus efectos sobre aquellos que si los sufren podrán ser compara-

bles. Así, la persona activa y fuerte, optimista y con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de padecer una dolencia crónica como el SFM que va menguar sus capacidades puede llegar a conseguir una buena calidad de vida a pesar de los múltiples síntomas que presenta el síndrome. Considera su situación como una oportunidad para tomar conciencia y reestructurar su forma de entender el mundo, como un momento idóneo para construir un nuevo sistema de valores.

Los optimistas no se rinden al desamparo. No se deprimen fácilmente cuando fracasan. Durante toda una vida un optimista pasará por menos episodios de indefensión aprendida que un pesimista. Cuantas menos experiencias de este tipo se sufran, en mejores condiciones estará el sistema inmunológico y por lo tanto el estado general (Seligman, 1998). En el SFM es importante, como en cualquier otra dolencia crónica, que el individuo no sufra otras patologías que puedan empeorar su estado de salud, por lo tanto el sistema inmunológico juega un papel crucial. En este sentido protegerlo con un estado de ánimo positivo supone salvaguardar el cuerpo frente a factores externos que pueden perjudicarlo.

Otra vía de la que se sirve el optimismo para mantener la buena salud es seguir los hábitos saludables y recabar consejo médico. Los optimistas, siempre dispuestos a tomar las riendas de su vida, tienen más probabilidades de actuar para prevenir la enfermedad o someterse a un tratamiento cuando enferman. Los pacientes de SFM se consideran los máximos responsables de su estado de salud, por lo que escuchan a su cuerpo y determinan qué conductas y estados emocionales son los que más les benefician, sin olvidar nunca el tratamiento médico.

Los optimistas están dispuestos a tomar decisiones para impedir contratiempos y decididos a luchar contra los eventos desagradables. Según Seligman (1998), los optimistas pasan por menos trances desagradables, y si estos llevan a sufrir enfermedades, los optimistas serán quienes menos enfermedades contraigan.

CONCLUSIONES

Cuando se sufre una patología, como el Síndrome de Fibromialgia, que cursa con dolor crónico, las emociones juegan un papel fundamental en el tratamiento de la misma. El padecimiento de este síndrome supone un gran impacto en la vida de una persona, el cual irradia toda su fuerza no solo hacia los aspectos físicos y psicológicos del sujeto sino que afectará a su entorno familiar, social y laboral. La aparición de esta enfermedad provoca una ruptura de la vida habitual del paciente y una merma de su calidad de vida. El malestar físico provocado por el continuo padecimiento de esta enfermedad provoca una serie de emociones no placenteras que impiden un buen pronóstico.

Si tenemos en cuenta que las emociones están íntimamente ligadas con diferentes sistemas fisiológicos del proceso salud-enfermedad (influyen sobre la salud-enfermedad mediante sus propiedades motivacionales y por su capacidad para modificar las conductas saludables y no saludables), podemos llegar a afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Martínez y Fernández, 1994); aunque han sido más estudiadas las relaciones entre las emociones negativas y los trastornos de salud.

Por lo tanto, si las emociones positivas tienden a potenciar la salud, podrían considerarse éstas, a su vez, como factores protectores de la misma (siempre teniendo en cuenta el carácter de bidireccionalidad que se establece entre el estado de salud-enfermedad y los factores psicológicos) y, por el contrario, las emociones negativas como factores mantenedores o favorecedores de la enfermedad.

La meta terapéutica se centra en hacer que emerjan, se confirmen y elaboren las emociones placenteras con el fin de traducirlas en acción. Generalmente éstas suelen estar bloqueadas por otras emociones sin resolver o por otros procesos tales como el miedo al fracaso. Desde esta perspectiva, se ayuda al individuo a desarrollar una actitud de apertura y aceptación de dichas emociones y de su naturaleza cambiante: las emociones vienen y se van, surgen, desaparecen y cambian con el tiempo. Esto les ayuda a aprender a integrar dichas emociones "no deseadas" y a no quedarse atascados en las emociones particulares que acaban volviéndose patológicas.

En definitiva, considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son, también, algo más que la ausencia de emociones negativas, es posible plantear la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y, por último, para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Argyle, M. (1997). Is Happiness a Cause of Health? *Psychology and Health¸12*, 769 – 781.

Aspinwal, L.G., Richter, L. y Hoffman, R.R. (2001). Understanding How Optimism Works: An Examination of Optimist Adaptive Moderation of Belief and Behaviour. En E.C. Chang (ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, and Practice.* Washington D.C.: Asociación Americana de Psicología.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects.* Nueva York: Hoeber.

Boland, E. W. (1947). Psychogenic Rheumatism: The Musculoskeletal Expression of Psychoneurosis. *Annual Rheumatism Disorder, 6,* 195.

Bosch, E., Sáenz, N., Valls, M. y Vinolas, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con Fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria, 30*(1), 16-21.

Burckhardt, C.S., Mannerkorpi, K., Hedenberg, L. y Bjelle, A. (1994). A Randomized Controlled Clinical Trial of Education and Physical Training for Women with Fibromyalgia. *Journal of Rheumatology, 21,* 714-720.

Comeche, M. I. y Lasa, A. (2001). Aspectos cognitivos de la percepción del dolor. *Actualizaciones en dolor, 2(4),* 262-269.

Ekman, P. (1989). *The Argument and Evidence about Universals in Facial Expressions of Emotion*. En H. Wagner y A. Manstead (eds.), *Handbook of Psychophysiology: Emotion and Social Behaviour*. Nueva York: Wiley.

Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (coord.), *Emociones y salud* (pp.5-18). Barcelona: Ariel Psicología.

Fredrickson, B.L. (1998). What good are Positive Emotions? *Review of General Psychology, 2,* 300-319.

Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment, 3*(1).

Fredrickson, B.L. (2001). The Role of Positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *American Psychologist, 56,* 218-226.

Fredrickson, B.L. y Levenson, R.W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Squelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion, 12,* 191-220.

Fry, W.F. (1994). The Biology of Humour. *Humor: International Journal of Humor Research,* 7, 111-126.

Giménez, O., Jiménez, N., Mingote, J.C. y Jiménez, M.A. (2003). Síndrome de Fibromialgia: Revisión y Actualización. *APySAM, Atención Primaria y Salud Mental, 6*(4), 21- 37.

Hasset, A.L., Cone, J.D., Patella, S.J. y Sigal, L.H. (2000). The Role of Catastrophizing in the Pain and Depression of Women with Fibromyalgia Syndrome. *Arthritis & Rheumatism, 43,* 11.

Hench, P. K. (1976). Nonarticular Rheumatism. 22nd Rheumatism Review. Review of the American and English Literature for the years 1973 and 1974. *Arthitis & Rheumatism, 19 (supl),* 1081-1089.

Landeta, O. (2000). Efecto modulador del apoyo social en la respuesta de estrés. [Tesis doctoral en microficha]. Universidad de Deusto, Bilbao.

Landeta, O. y Calvete, E. (2006). Efecto modulador del Apoyo Instrumental en la respuesta cardiovascular de estrés. Enviado para publicación.

León, F. J. (2006). *Búsqueda de nuevos criterios de valoración del menoscabo funcional en los procesos de incapacidad permanente con causa en la Fibromialgia y/o Síndrome de la fatiga crónica. Un enfoque multidisciplinar.* Tesis doctoral no publicada, Universidad del País Vasco, Bilbao.

Leplege, A. y Hunt, S. (1997). The Problem of Quality of Life in Medicine. *JAMA, 278*, 47-50.

Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855.

Martin, R.A., Kuiper, N., Olinger, J. y Dance, K. (1993). Humor, Coping with Stress, Self Concept and Psychological Well-Being. *Humor: International Journal of Humor Research*, *6*, 89-104.

Martínez, E., González, O. y Crespo, J.M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Mental, 4*, 2-7.

Martínez, F. y Fernández, J. (1994). Emoción y salud, desarrollos en psicología básica y aplicada. Presentación del monográfico. *Anales de Psicología*, *10*, 101-110.

Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R. y Smythe, H. (1975). Musculoskeletal Symptoms and non-REM Sleep Disturbance in Patients with "Fibrositis Syndrome" and Healthy Subjects. *Psychosomatic Medicine, 37*(4), 341-351.

Peterson, C. y Bossio, L.M. (1991). *Health and Optimism.* Nueva York: Oxford University Press.

Peterson, C., Seligman, M. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic Explanatory Style as a Risk Factor for Physical Illness: A Thirty-five year Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*, 23-27.

Quintner, J. (1992). Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. *Lancet, 340*(8827), 1103.

Rodríguez, L. y Cano, J. (2001). Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. *Actualizaciones en dolor, 2* (4), 279-288.

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Seligman, M. (1998). *Aprenda optimismo*. Barcelona: Grijalbo

Seligman, M. y Csikszentmyhali, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55 (1)*, 5-14.

Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfilment.* New York: Free Press/Simon and Schuster.

Sim, J y Adams, N. (1999). Physical and other Non-Pharmacological Interventions for Fibromyalgia. *Balliere´s Clinical Rheumatology, 51,* 3-16.

Steindler, A. (1938). Differential Diagnosis of Pain Low in the Back. *JAMA, 110,* 106.

Valverde, M., Juan, A., Ribas, B. y Moreno, M. (2001). Estudio EPISER: Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en España. *Sociedad Española de Reumatología, 6,* 68 – 81.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Junus, M.B., Bennett, R.M., Bombandier, C. y Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology: Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheumatism, 33,* 160-172.

Yeguas, I. (2001). Síndrome de Fibromialgia. *Revista Gallega de Actualidad Sanitaria, 1(3),* 180 – 183.

Yovetich, N.A., Dale, J.A. y Hudak, M.A. (1990). Benefits of Humor in Reduction of Threat Induced Anxiety. *Psychological Reports¸55,* 51-58.

Dirección de contacto:
Dr. Oscar Landeta
UNED-Bizkaia
Parque Ignacio Ellacuría, 1, 2
48920 Portugalete-Bizkaia
E-mail: olandeta@euskalnet.net