



<https://doi.org/10.24245/mim.v41i11.10543>

Un acercamiento a la interpretación del dolor en el paciente con fibromialgia desde la perspectiva neuropsicoanalítica

An approach to the interpretation of pain in patients with fibromyalgia from a neuropsychanalytic perspective.

Paulina Margarita Vera Flores,¹ Alain Raimundo Rodríguez Orozco²

Resumen

La fibromialgia es una afección compleja debido a la multitud de factores que intervienen en su inicio y progresión. Su síntoma definitorio es el dolor generalizado. En este ensayo se analizan las alteraciones neuropsicoinmunológicas relacionadas con el dolor en pacientes con fibromialgia, su experiencia subjetiva del dolor y la alexitimia como rasgo frecuentemente asociado. Para el análisis y acompañamiento de pacientes con dolor crónico por fibromialgia se propone un eje neuropsicoanalítico. Si bien la experiencia dolorosa está directamente relacionada con el sistema nervioso, su aspecto subjetivo puede estudiarse desde el punto de vista del psicoanálisis. Puesto que el neuropsicoanálisis es un modelo integrativo cerebro-mente, en este ensayo se pretende integrar la relación cerebro-mente-cuerpo para acercarnos al entendimiento del significado del dolor crónico en pacientes con fibromialgia.

PALABRAS CLAVE: Fibromialgia; dolor crónico; alexitimia.

Abstract

Fibromyalgia is a very complex disease due to the multitude of factors that intervene in its appearance and progression, and its most characteristic symptom is generalized pain. In this essay, we expose some neuropsychimmunological alterations related to "pain" in patients with fibromyalgia, the subjective experience of pain in these patients and alexithymia as a frequently associated trait. A neuropsychanalytic axis is proposed for the analysis and monitoring of patients who suffer from chronic pain due to fibromyalgia, given that pain is directly related to the nervous system, but its subjective aspect can be studied from the point of view of psychoanalysis. Starting from the fact that neuropsychanalysis is a brain-mind integrative model, this essay aims to integrate the brain-mind-body relationship to approach understanding the meaning of chronic pain in patients with fibromyalgia.

KEYWORDS: Fibromyalgia; Chronic pain; Alexithymia.

¹ Tesista del programa de doctorado en psicoanálisis de la Universidad Intercontinental, Ciudad de México.

² Profesor investigador titular, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-1401-6535>

Recibido: 24 de mayo 2025

Aceptado: 2 de junio 2025

Correspondencia

Paulina Margarita Vera Flores
vera.psipaulina@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Vera-Flores PM, Rodríguez-Orozco AR. Un acercamiento a la interpretación del dolor en el paciente con fibromialgia desde la perspectiva neuropsicoanalítica. Med Int Méx 2025; 41 (11): 701-706.

ANTECEDENTES

El dolor crónico es un síntoma asociado con muchas enfermedades y repercusión importante en la salud mental de quien lo padece.¹ Incluso, se ha llegado a considerar una enfermedad en sí misma. La fibromialgia es una enfermedad crónica, multifactorial, de origen desconocido cuyo síntoma identitario es el dolor generalizado, acompañado de fatiga crónica, depresión, ansiedad, síntomas gastrointestinales y problemas del comportamiento.²

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se reconoce que entre el 80 y 90% de los casos de fibromialgia se registran en mujeres de 30 a 50 años y se calcula que entre el 60 y 70% de esta población sufre depresión y ansiedad, lo que pudiera relacionarse con la respuesta al dolor.³

Entre los factores asociados con la aparición de la fibromialgia se han señalado: genéticos, ambientales, hormonales, neuroinmunológicos y algunas infecciones, como brucelosis, parvovirus y enfermedad de Lyme. La fibromialgia es uno de los ejemplos más representativos del dolor vinculado con la alteración de la nocicepción; por lo tanto, relacionado con la sensibilización central, que quizá sea su principal mecanismo de producción, aunque no el único.¹

El psicoanálisis, como método de exploración de lo inconsciente y hoy fundamentado en las neurociencias (neuropsicoanálisis), se propone como espacio para explorar el dolor, apalabrarlo, comprenderlo, resignificarlo y acotar su repetición. El paciente diagnosticado con fibromialgia significa la enfermedad desde su propio lugar, su historia. Puesto que el dolor puede destruir el aparato que usamos para procesar la experiencia emocional, el registro de desamparo y vulnerabilidad no pueden ser comunicados, sino a través de medios primitivos no verbales (síntoma). Es trabajo del psicoterapeuta reconocer

ese registro, procurarle, esperarle y a partir de ahí comenzar a tejer poco a poco la esperanza. Detrás del dolor hay una persona con el deseo implícito de vivir mejor.

El neuropsicoanálisis propone entender los trastornos mentales desde una perspectiva integral, que amalgama saberes de la neurobiología con experiencias del psicoanálisis que permiten establecer un diálogo entre psicoanalistas y neurocientíficos. Este ensayo propone un eje neuropsicoanalítico para la comprensión del dolor crónico en pacientes con fibromialgia.

La fibromialgia. Aspectos neuropsicológicos

La repercusión de la fibromialgia en la calidad de vida suele ser muy variable entre pacientes y depende, en gran medida, de la calidad de la respuesta a la enfermedad, y del apoyo socioprofesional recibido, con hincapié en la psicoeducación. En la fibromialgia, los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la manifestación y la repercusión de la enfermedad.² Algunos de estos factores psicológicos son: la alexitimia, angustia y sufrimiento psicológico y las estrategias de afrontamiento.

Los pacientes con fibromialgia experimentan con mayor frecuencia síntomas psicósomáticos y malestar psicológico en comparación con quienes padecen artritis reumatoide y suelen tener grados altos de angustia psicológica, de manera que una comprensión más profunda de estas manifestaciones psicósomáticas podría contribuir a implementar intervenciones personalizadas que tengan en cuenta la angustia emocional asociada con los síntomas físicos en estos pacientes.⁴

La fibromialgia se ha descrito como un trastorno somatomorfo, de origen inconsciente, que se manifiesta con dolor crónico generalizado como síntoma preponderante, influido por conflictos emocionales no resueltos en individuos con predisposición genética, lo que resulta en altera-



ciones funcionales, particularmente del sistema nociceptivo.⁵ En virtud del importante elemento psicológico de la fibromialgia, las intervenciones psicológicas han mostrado prometedores resultados para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.⁶

El dolor crónico en pacientes con fibromialgia. Algunas alteraciones neuroinmunológicas relacionadas

La fibromialgia primaria y secundaria se comportan, clínicamente, de manera similar y no existen marcadores diagnósticos específicos. El procesamiento del dolor es anormal. Se ha reportado un exceso de neurotransmisores excitadores, como la sustancia P (cuyas concentraciones son 2 a 3 veces mayores en el líquido cefalorraquídeo) y el glutamato, y bajas concentraciones de neurotransmisores inhibidores, como la serotonina y la norepinefrina. También se han comunicado alteraciones en los opioides endógenos en las vías espinales y en ciertas regiones del cerebro implicadas en la modulación del dolor y la desregulación de la dopamina. Las mujeres con fibromialgia tienen concentraciones más altas de noradrenalina y más bajas de dopamina, 5-HT, 5-HIAA y 5-HTP que las mujeres aparentemente sanas. Las concentraciones elevadas de norepinefrina se asocian con un deterioro importante de la salud física; se ha propuesto que las concentraciones plasmáticas de norepinefrina mayores de 694.69 pg/mL pueden tener algún valor predictor de fibromialgia.⁷ Estos cambios se han relacionado con mayor sensibilidad al dolor, variaciones en el estado de ánimo y en la percepción del dolor.

Está demostrado que los pacientes con fibromialgia tienen una mayor respuesta inflamatoria, con concentraciones elevadas de citocinas proinflamatorias y marcadores del estrés oxidativo y bajas concentraciones de algunas sustancias importantes para la regulación del dolor, particu-

larmente la serotonina, que es un neurotransmisor relevante en la regulación cerebral del dolor, el sueño y el estado de ánimo. También pudieran estar alteradas las concentraciones y la actividad del L-triptófano (precursor sanguíneo de la serotonina cerebral).⁸ Las alteraciones inmunológicas pueden contribuir a la sensibilización central y al mantenimiento del dolor crónico en pacientes con fibromialgia.²

La sensibilidad al dolor está genéticamente determinada, lo que condiciona las vulnerabilidades funcionales de los sistemas opioide, serotoninérgico y de las catecolaminas cerebrales. Las mujeres que padecen fibromialgia tienen una sensibilización anormal al dolor a través del sistema glutamato-aspartato y sustancia P, que disminuyen el umbral al dolor y median en la producción de alodinia e hiperalgesia y dolor espontáneo, de mayor intensidad en las mujeres que en los hombres.⁸ Los puntos dolorosos, clásicamente explorados en pacientes en los que se sospecha fibromialgia, se corresponden con zonas fisiológicamente más sensibles a la presión, como las inserciones tendinosas, donde la mayor percepción del estímulo mecánico a la presión se transforma en dolor. Las causas por las que esto ocurre se desconocen; por lo tanto, es más probable que sean la consunción de la interacción de múltiples factores.⁹

La experiencia subjetiva de dolor en el paciente con fibromialgia

La bibliografía disponible en torno a la fibromialgia señala que en la etiopatogenia de la enfermedad participan mecanismos desadaptativos de amplificación del dolor que hacen partícipe al sistema nervioso central y al periférico y, también, al sistema musculoesquelético con una afectación psicológica variable que puede incluir, entre otras: alteraciones en el ánimo y el sueño, ansiedad y dificultades en las relaciones interpersonales. Asimismo, se ha señalado su relación con pérdidas, episodios

dolorosos, conflictos familiares, antecedentes de maltrato y angustia de largo tiempo de evolución. Para el tratamiento de estos pacientes se han propuesto intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, entre ellas sesiones de fisioterapia, psicoterapia, acupuntura y educación para el control del dolor.¹⁰

El síntoma más llamativo en pacientes con fibromialgia es el dolor generalizado, una sensación persistente y constante que afecta todo el cuerpo. Es profundamente personal y pone de manifiesto la condición finita del ser humano.¹¹ También está impregnado de significados culturales y personales moldeados en contextos vivenciales específicos e integrados en las narrativas individuales y colectivas del sufrimiento.¹²

El dolor solo puede ser comprendido a plenitud desde la experiencia de su padecimiento: su aparición, su significado, los mecanismos que lo sustentan, los factores subyacentes y las consecuencias que provoca en la vida de la persona. Esta perspectiva contrasta con una concepción sintomática del dolor, lo que acentúa la interacción entre quien lo experimenta y quien lo interpreta. La vivencia del dolor no se reduce a una percepción aislada, sino que integra la sensación y la comunicación, caracterizadas por su ambigüedad, a diferencia del signo clínico, que es objetivable. Así, el dolor se configura como el síntoma paradigmático, una manifestación de subjetividad pura enmarcada dentro de la objetividad del procesamiento sensorial. Esta experiencia, que abarca lo sensorial y lo afectivo, es inherentemente desagradable y transformadora, con repercusiones profundas en el individuo.¹³ Con frecuencia se establece una distinción entre “sufrimiento”, vinculado con la dimensión mental o espiritual del dolor, y el “dolor”, referido a los procesos que lo originan.

Cuando una persona experimenta dolor sin una lesión física que lo justifique, se lo denomina

dolor psicogénico, mientras que el término dolor psíquico se emplea para referirse a experiencias de naturaleza existencial, como el duelo. El dolor físico se inscribe en el ámbito somático, mientras que el sufrimiento pertenece al dominio psíquico. A lo largo de la historia, los estudios del dolor han mantenido esta tendencia a separar el sufrimiento corporal del anímico, diferenciando entre el dolor físico y el psíquico.¹¹ La angustia difusa abre la puerta a la somatización, cuando los conflictos emocionales carecen de traducción psíquica, las excitaciones tienen carácter destructivo y conducen a la desintegración subjetiva.¹⁴

La alexitimia en sujetos con fibromialgia. Su abordaje desde el neuropsicoanálisis

Alexitimia es un vocablo de origen griego que etimológicamente significa “ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos” (a negación; *lexis* acción de hablar, *thymos* emoción). Este concepto lo introdujo Sifneos en 1996, un médico de Chicago, de origen griego, a menudo citado como médico grecoamericano, para designar la dificultad de muchos enfermos psicósomáticos para expresar, verbalmente, sus emociones o sentimientos.¹⁵

En un artículo publicado en 1948, en el *American Journal of Psychosomatic Medicine*, Rüschi explicó el fracaso de la psicoterapia verbal en algunos pacientes psicósomáticos como consecuencia de su limitada capacidad para liberar la tensión emocional a través del lenguaje, los símbolos o los gestos. Según el autor, estos individuos tienden a derivar sus emociones exclusivamente a través de manifestaciones somáticas, al no disponer de otros mecanismos de expresión. Esta dificultad para procesar y expresar las emociones se ha atribuido a una inmadurez emocional derivada de una personalidad infantil. En la teoría del cerebro emocional de Paul MacLean y en la caracterización de la mente operativa propuesta por Marty pueden



encontrarse antecedentes relevantes en el desarrollo del concepto de alexitimia.¹⁶

Esa falta de palabras se despliega mediante cuatro dimensiones cognitivo-afectivas: 1) dificultad para identificar, describir e imaginar experiencias emocionales; 2) dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales de la activación emocional; 3) disminución o falta de pensamiento simbólico y 4) estilo cognitivo orientado hacia lo concreto en aspectos afectivos, correspondiente al "pensamiento operacional", un funcionamiento cognitivo carente de contenido afectivo.¹⁷

La mentalización se conceptualiza como la capacidad intrínseca de conectar las experiencias sensoriales, emocionales, corporales y biográficas con representaciones mentales; con ello es posible la atribución de sentido y la verbalización de esas experiencias y actúa como un mecanismo regulador frente a experiencias sobrecargadas y traumáticas, sobre todo en pacientes con dificultades para la identificación y verbalización de emociones (alexitimia).¹⁸

En el contexto psicoanalítico puede comprenderse que cuando el paciente se enfrenta a circunstancias que provocan una profunda conmoción psíquica o neuroquímica y que no es capaz de mentalizar adecuadamente, deviene un decaimiento vital y un colapso libidinal que deriva en una retracción del yo. Esta situación subyace debido a una depresión esencial que clínicamente se manifiesta en angustia difusa y malestar que interrumpen la homeostasis, que resulta en una disrupción del equilibrio psico-neuroinmunoendocrino y puede conducir a la enfermedad.¹⁵

Desde el punto de vista fenomenológico, en el paciente con fibromialgia hay un decaimiento vital agudo, y la desesperanza toma un papel protagónico en el conflicto mente-cuerpo.

En psicoanálisis, esta desesperanza se ha interpretado como una reinvestidura narcisista transformándolos en objetos de atención, cuidado y amor. En el mejor de los casos, si se trata adecuadamente mediante la psicoterapia psicoanalítica, y el neuropsicoanálisis, el aparato psíquico puede revertir el proceso de desorganización progresiva y derivar en una mejora en la salud.¹⁸

CONCLUSIONES

El registro del dolor en pacientes con fibromialgia tiene una notable complejidad para ser identificado, descrito y procesado, permea todo el cuerpo y está intrínsecamente relacionado con el sufrimiento psíquico. Su compleja naturaleza multifactorial exige un enfoque centrado en los factores subyacentes al síntoma con el objetivo de alcanzar una comprensión más profunda y, en consecuencia, proporcionar un tratamiento integral y éticamente adecuado.

Debido a que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la repercusión de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia, es importante reconocer que estos factores atraviesan a la persona no solo desde el punto de vista psicológico, también neuroquímico e inmunológico y propician el acercamiento, desde el neuropsicoanálisis, a la semiología del dolor. La dificultad para identificar y expresar emociones podría relacionarse en el paciente con fibromialgia con una menor capacidad para tratar el dolor de manera efectiva, altera su percepción y genera una acumulación de estrés emocional que pudiera ser, incluso, insoportable en términos psíquicos y orgánicos e imposibilita un adecuado tratamiento por la escasa posibilidad para enfrentarlo. La alexitimia y la experiencia subjetiva del dolor en pacientes con fibromialgia son susceptibles de análisis y de intervención desde el neuropsicoanálisis.

REFERENCIAS

1. Calandre E, García-Leiva J, Ordoñez-Carrasco J. Psychosocial variables and healthcare resources in patients with fibromyalgia, migraine and comorbid fibromyalgia and migraine: A Cross-Sectional Study. *IJERPH* 2022; (19): 8964-75. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158964>
2. Yüksel A, Bahadır-Yılmaz E, Karakoyun A. The relationship between alexithymia, psychological well-being and religious coping in fibromyalgia patients in Turkey. *J Relig Health* 2021; 60 (5): 3909-21. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01294-7>
3. Secretaría de Salud. Fibromialgia. <https://www.gob.mx/salud/prensa/190-instituto-nacional-de-psiquiatria-es-referente-en-ensenanza-y-tratamiento-de-la-fibromialgia?idiom=es>
4. Ghiggia A, Torta R, Tesio V, Di Tella M, et al. Psychosomatic syndromes in fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2017; 35 (3) Supp 105. <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=11975>
5. Arias M. ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica? Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela, La Coruña. *Neurología* 2008; 23 (9): 593-601. http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12992/es_la_fibromialgia.pdf
6. Peña-Muñante G, Peña-Muñante GS. Intervenciones psicológicas para el tratamiento de la fibromialgia: una revisión narrativa. *Psicoespacios* 2023; 17 (30): 1-10. <https://doi.org/10.25057/21452776.1519http://doi10.25057/21452776.1519>
7. García D, Abud C. Fisiopatología de la fibromialgia. *Reumatol Clín* 2020; 16 (3): 191-94. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.02.003>
8. López M, Mingote M. Fibromialgia. *Clínica y Salud* 2008; 19 (3): 343-58.
9. Valls Llobet C. Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. *Anuario de Psicología* 2008; 39 (1): 87-92.
10. Busta Cornejo C. Narrativas en torno al dolor, la fibromialgia vista desde la experiencia de profesionales de la salud chilenos. *Revista Ciencias de la Salud* 2021; 20 (2). <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11560>
11. Pérez G. Cuerpo y subjetividad: una filosofía del dolor. *Páginas de Filosofía* 2011; 12 (15): 33-54.
12. Morris D. La cultura del dolor. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello, 1991.
13. Pérez Marc G. Sujeto y dolor: introducción a una filosofía de la medicina. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108 (5): 434-37.
14. Castellano-Maury E. Las distintas organizaciones psicósomáticas. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia* 2000; 20 (45): 55-66.
15. Sifneos PE. Alexithymia: past and present. *APA* 1966; 153 (Suppl): 137-142.
16. Marty P. La psicósomática del adulto. Buenos Aires. Amorrotu editores, 2003
17. Arancibia M, Behar R. Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Rev ChilNeuro-Psiquiatr* 2015; 53 (1): 24-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000100004>
18. Sánchez T. Mentalización emocional y somatizaciones. Propuesta de itinerario clínico. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática (IEPPM)* 2023; 43 (108). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8988691>

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.