

13 de mayo de 2024. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Valencia

FIBROMIALGIA Y SALUD MENTAL



Asociación Valenciana de
Afectados de Fibromialgia

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia

Dr. José M. Bertolín Guillén

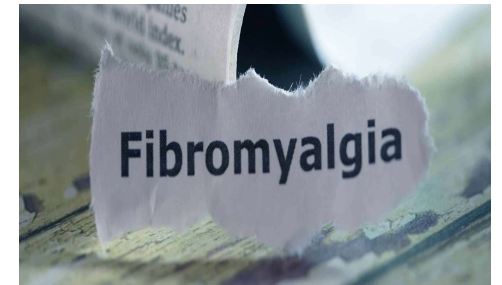
Doctor en Medicina y Cirugía

Médico Psiquiatra

Psicólogo

Investigador Independiente

jmbertolin@comv.es



FIBROMIALGIA: definiciones

- **American College of Rheumatology, 1990:**

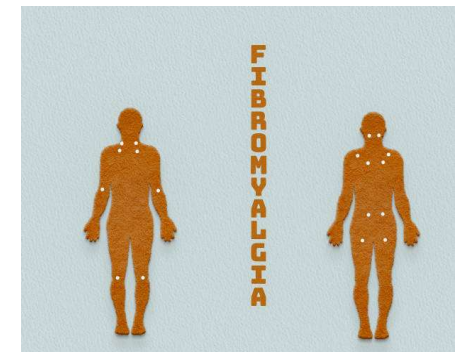
“Presencia de dolor crónico generalizado de más de 3 meses de duración, junto con 11 o más de 18 puntos dolorosos específicos.”

- **RAE (Diccionario Lengua Española), vs. 2024:**

“Enfermedad caracterizada por dolor muscular difuso e intenso, rebelde al tratamiento y de causa desconocida.”

- **CIE-11 (OMS), vs. 2024:**

“Dolor generalizado crónico, difuso, que afecta a un mínimo de 4 de las 5 regiones del cuerpo (cavidad craneal, torácica, abdominal, pélvica y vertebral) y que se asocia con bastante malestar emocional o discapacidad funcional.”



Dolor Crónico

(CIE-11, OMS, 2024)

- El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a cuando hay daño tisular real o potencial.
- El dolor crónico persiste o se repite durante más de 3 meses.
- El dolor crónico es multifactorial: factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome de dolor.
- El **DOLOR CRÓNICO PRIMARIO** en una o más regiones anatómicas se caracteriza por una angustia emocional significativa (ansiedad, ira, frustración o estado de ánimo decaído) o discapacidad funcional (interferencia en actividades de la vida diaria y participación reducida en roles sociales).
- El diagnóstico es apropiado independientemente de los contribuyentes biológicos o psicológicos identificados, a menos que otro diagnóstico explique mejor los síntomas de presentación.

FIBROMIALGIA ≡

1. **DOLOR**, 2. **GENERALIZADO**, 3. **DIFUSO/impreciso**, 4. **CRÓNICO**
(CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Versión 01/2024)

Asociado con:

- **Factores psicosociales presentes**
- **Sin factores psicosociales**

Grado de severidad:

- No hay dolor
- Dolor leve
- Dolor moderado
- Dolor severo

Patrón temporal y de inicio:

- Intermitente
- Persistente
- Persistente con ataques superpuestos

Has alternative severity1

- **No hay angustia**
- **Angustia leve**
- **Angustia moderada**
- **Angustia severa**

Has alternative severity2

- **Sin interferencias relacionadas con el dolor**
- **Interferencias leves**
- **Interferencias moderadas**
- **Interferencias severas**

Los **SDR. DOLOROSOS NOCIPLÁSTICOS***

PERSISTENTES, • localizados o generalizados, • ostentan fisiopatologías aún enigmáticas • y a menudo se asocian, superponen o solapan con dolores *neuropáticos* y de otros tipos.

Está bien constatada la **mayor eficacia de las intervenciones y tratamientos multidisciplinarios** en las personas afectas de dolores crónicos, también cuando son primarios.

Comentaremos a grandes rasgos las intervenciones terapéuticas o benefactoras acompañantes en el **DGC**, por parte de psiquiatras y psicólogos, y mencionaremos la ayuda válida complementaria por parte de otras personas y colectivos (como AVAFI).

* **International Association for the Study of Pain** (IASP) [consultado 12 Mayo 2024] Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociplasticpain>, de 2017.

En los síndromes “nociplásticos” (término mecanicista para su uso meramente clínico, no diagnóstico) ha de considerarse una **causación psicósomática** el dolor.

El **DGC** usualmente es nociplástico o por nocicepción alterada (1), un tipo de dolor que ha sido ratificado semánticamente en 2020 por la *International Association for the Study of Pain* como descriptor de una nueva categoría, de incierta fisiopatología (2,3) e incierto diagnóstico, diferente a los tradicionales dolores nociceptivo y neuropático.

1. Bułdyś K, Górnicki T, Kałka D, Szuster E, Biernikiewicz M, Markuszewski L, et al. What do we know about nociplastic pain? *Healthcare (Basel)*. 2023; 11(12):1794. doi: [10.3390/healthcare11121794](https://doi.org/10.3390/healthcare11121794)
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9):1976–82. doi: [10.1097/j.pain.0000000000001939](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939)
3. Bertolín-Guillén JM. Microbiota-gut-brain axis and mental health. *Br J Healthc Med Res*. 2023; 10(6):270–82. doi:[10.14738/bjhm.106.16010](https://doi.org/10.14738/bjhm.106.16010)

- Importancia del **DGC** en el campo de la salud mental:
 - por su omnipresencia
 - por la influencia recíproca en relación con la *personalidad normal* y con los *trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo*.
- Sus implicaciones asistenciales en sanidad primaria y especializada en todo el mundo son enormes.

Dolor Generalizado Crónico y Salud Mental

- Desde hace más de un siglo es bien conocido que los **rasgos de personalidad** pueden influir en el desarrollo y adaptación al dolor continuo, sensación que es eminentemente subjetiva.
- Entre esos rasgos están el ser TEMEROSO, PESIMISTA, SENSIBLE A LAS CRÍTICAS y requerir de REAFIRMACIÓN CONSTANTE.
- Diferencia entre las personas "esponja" y las que van con "impermeable"

Naylor B, Boag S, Gustin SM. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scand Journal Pain*. 2017; 7:58–67. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.07.011>

Algunos síndromes de DGC más frecuentes según el tipo de dolor que predomine

Dolores nociplásticos

- “boca ardiente”
- intestino irritable
- dolor lumbar crónico primario
- dolor vesicular crónico primario
- **fibromialgia**
- **fatiga crónica**
- dolor regional complejo tipo 1*

Dolores neuropáticos

- estenosis lumbar
- ciática
- neuralgia del trigémino
- neuralgia postherpética
- dolor postquirúrgico
- neuropatía secundaria
- dolor regional complejo tipo 2*

Fuente: literatura científica consultada

- **Tipos 1 y 2:** Proceso doloroso crónico; Generalmente desproporcionado tras trauma tisular; En una extremidad proximal o distal; Sin y con lesión nerviosa detectada presente; De evolución variable. (código CIE-11: MG30.04)

Se han **sugerido** relacionados con la **sensibilización central**:

- **Síndrome de piernas inquietas**
- **Trastorno temporomandibular**
- **Migraña o la cefalea tensional**
- **Sensibilidades químicas múltiples**
- **“Latigazo cervical”**

↓
Ver diapos. 27, 28

Los **problemas emocionales** no específicos relacionados incluyen:

- **Ansiedad continua o crisis de pánico frecuentes**
- **Decaimiento anímico**

Yoo YM, Kim KH. Current understanding of nociplastic pain. *Korean J Pain*. 2024; 37(2):107–18. doi: [10.3344/kjp.23326](https://doi.org/10.3344/kjp.23326)

I. Síndrome de Fatiga Crónica

–Encefalomiелitis Miálgica–

- Hasta ahora y tras muchos años de investigación científica, **no se han identificado resultados claros** fisiopatológicamente **causales, ni terapéuticos**, basados en evidencias.
- Dadas las **elevadas tasas de comorbilidad psicopatológica** en pacientes con el diagnóstico de SFC se debe considerar una etiología psicósomática.

- Ludwig B, Olbert E, Trimmel K, Seidel S, Rommer PS, Müller C, et al. Myalgische Enzephalomyelitis/chronisches Fatigue-Syndrom: eine Übersicht zur aktuellen Evidenz. *Nervenarzt*. 2023; 94(8):725–33. doi: 10.1007/s00115-022-01431-x
- Bertolín-Guillén JM, Calvo J. Síndrome de fatiga crónica, ¿ser o no ser? *Med Clin (Barc)*. 1997; 108(15):577–9. https://www.researchgate.net/publication/13939455_Chronic_fatigue_syndrome_To_be_or_not_to_be
- Bertolín-Guillén JM, Bedate J. Orientaciones terapéuticas en el síndrome de fatiga crónica. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cien Afines*. 1994; 22(3):127–30. https://www.researchgate.net/publication/15715396_Therapeutic_guidelines_in_chronic_fatigue_syndrome
- Bertolín-Guillén JM. ¿Qué es el síndrome de fatiga crónica? *Clin Rural*. 1994; 29(421):18–25. https://www.researchgate.net/publication/298069158_Que_es_el_sindrome_de_fatiga_cronica
- Bertolín-Guillén JM, Bertolín V. Síndrome de fatiga crónica: investigaciones biológicas y psicopatológicas. *Med Clin (Barc)*. 1993; 101(2):67–75. https://www.researchgate.net/publication/14687799_Chronic_fatigue_syndrome_biologic_and_psychopathologic_investigations

Síndrome de Fatiga Crónica

“Otro trastorno del sistema nervioso”, CIE-11 ≡ “Sdr. de fatiga posviral”

Principales síntomas del SFC:

- Limitación en realizar las actividades diarias
- Dolor de cabeza
- Debilidad
- Mialgias
- [Insomnio](#) (alteraciones en cantidad y ritmo de sueño).
- [Deterioro de la memoria](#)
- [Fatiga](#) persistente [después del reposo](#)
- [Fatiga](#) intensa [post-esfuerzo](#) (dolor, fatigabilidad cognitiva y muscular, menos resistencia mental y física).
- Febrícula
- [Tristeza](#)
- [Irritabilidad](#)
- Sensación de pesadez en brazos y piernas (dolor en músculos y articulaciones)
- [Falta de atención y concentración](#)
- Intolerancia a los olores

*En general, el paciente que sufra SFC tendrá **gran impacto en la realización de sus actividades.***

Síndrome de Fatiga Crónica

- El SFC puede presentar en diferentes formas según el paciente.
- **Tratar** en primer lugar los **síntomas más perturbadores**:
 - Vigilancia de medicamentos y suplementos, con o sin receta, alimenticios y herbarios.
 - Controlar el ejercicio evitando extremos y modificando los que sean necesarios.
 - Mejorar la calidad de vida y la salud; alimentación saludable.
 - En algunos casos, ciertos pacientes adquieren características de aislamiento y tristeza.
- Consejos para pacientes con SFC:
 - **Vida social.**
 - **Redistribuir las tareas** en actividades menores.
 - **Relajación** para reducir el estrés.
 - **Evitar actividades intensas** en los días que haya más cansancio.

II. Trastornos de Distrés Corporal o de la Experiencia Corporal

Sí que es un Trastorno Mental, del Comportamiento o del Neurodesarrollo (CIE-11)

CARACTERÍSTICAS:

- 1) Presencia de síntomas corporales que afectan al individuo.
- 2) Atención excesiva a los síntomas: contacto repetido con la asistencia médica.
- 3) La atención excesiva no se alivia con el examen clínico, los estudios apropiados y la tranquilización.
- 4) Los síntomas corporales son persistentes, y están presentes la mayoría de los días durante al menos varios meses.
- 5) Normalmente, el TDC implica múltiples síntomas corporales que pueden variar en el tiempo. En ocasiones, hay un solo síntoma, generalmente **dolor** o **fatiga**, asociado con las otras características del trastorno.
- 6) Los síntomas, la angustia y la preocupación asociadas tienen impacto en el funcionamiento del individuo (p.e., tensión en las relaciones interpersonales, menor rendimiento, abandono de ocio).

FIBROMIALGIA: resumen

–Dolor Generalizado Crónico Difuso Primario–

Principales síntomas *transversales* que destacan:

- Mareos y sensación de inestabilidad
- Ojos y boca secos
- Dolor en mandíbula
- Rigidez muscular
- Contracturas en varios grupos musculares
- Problemas de concentración
- Palpitaciones
- Intolerancia a medicamentos

Como en otros dolores nociplásticos primarios crónicos : DIAPO 9

Dolor Nociplástico: resumen-1

El dolor nociplástico se caracteriza por hiperalgesia y “alodinia”*, inconsistencia y reversibilidad. Suele ocurrir en la **FIBROMIALGIA**, la cefalea tensional, en ciertos trastornos urinarios y en alteraciones de la articulación temporomandibular.

La **fibromialgia**, antes fibrositis o fibromiositis, es una afección heterogénea de dolor musculoesquelético con diversos endotipos y fenotipos**, y es también, probablemente, el síndrome de fisiopatología nociplástica más prototípico.

- * ALODINIA: Dolor debido a estímulos que normalmente no son dolorosos.
- ** FENOTIPO: Características observables de la enfermedad o trastorno.

El **dolor nociplástico** puede formar parte de un estado doloroso mixto o superpuesto.

Dependiendo del paciente, los componentes neuropático y psicógeno pueden existir de modo individual o simultáneo, con predominancia de uno u otro*

En particular, el síndrome de glosopirosis, glosalgia o **boca ardiente primario**, más prevalente en mujeres posmenopáusicas y que puede presentar varios tipos de manifestaciones clínicas, es una afección médica funcional y localizada de dolor bucofacial crónico, generalmente asociada con **hipocondriasis**. Sucede parecido, p.j., con el **dolor vesicular crónico primario**.

* Orliaguet M, Misery L. Neuropathic and psychogenic components of burning mouth syndrome: A systematic review. *Biomolecules*. 2021; 11(8):1237. doi: [10.3390/biom11081237](https://doi.org/10.3390/biom11081237)

La **HIPOCONDRIA** (trast. mental, CIE-11) —a diferenciar de la Fibromialgia— se caracteriza por preocupación, ansiedad o miedo persistentes por la posibilidad de tener alguna enfermedad grave.

La preocupación se acompaña de:

- 1) **Conductas repetitivas y excesivas relacionadas con la salud**, como revisar repetidamente el cuerpo en busca de pruebas de enfermedad, dedicar mucho tiempo a buscar información sobre la enfermedad temida, buscar repetidamente tranquilidad;
- 2) o **Comportamiento de evitación desadaptativo relacionado con la salud** (por ejemplo, evitar citas médicas). Hay angustia significativa o deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

FIBROMIALGIA

El afromador **predominio femenino** en la mayoría de trastornos de dolor crónico, sugiere que los mecanismos que subyacen a la hipersensibilidad al dolor dependen hipotéticamente del dimorfismo sexual.



- Midavaine É, Côté J, Marchand S, Sarret P. Glial and neuroimmune cell choreography in sexually dimorphic pain signaling. *Neurosci Biobehav Rev.* 25. 2021; 125:168–92. doi: [10.1016/j.neubiorev.2021.01.023](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.023)
- Martínez-Lavín M. Fibromyalgia in women: Somatisation or stress-evoked, sex-dimorphic neuropathic pain? *Clin Exp Rheumatol.* 2021; 39(2):422–5. doi: [10.55563/clinexprheumatol/0c7d6v](https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/0c7d6v)

=> Posición escéptica frente al supuesto dimorfismo sexual en la fibromialgia

- Henao-Pérez M, López-Medina DC, Arboleda A, Bedoya Monsalve S, Zea JA. Patients with fibromyalgia, depression, and/or anxiety and sex differences. *Am J Mens Health.* 2022; 16(4):15579883221110351. doi: [10.1177/15579883221110351](https://doi.org/10.1177/15579883221110351)

TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS E INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

- La actitud terapéutica hacia el dolor nociplástico es variada.
- Está bastante comprobada la mayor eficacia en el DCG de los tratamientos multidisciplinares, comparados con los tratamientos médicos convencionales ambulatorios u hospitalarios (1).
- **¡OJO!**: Hay multitud de terapias y SEUDOTERAPIAS emergentes, aunque se necesita investigación científica básica más completa para aclarar los mecanismos moleculares de las primeras, de modo que puedan desarrollarse ttos. específicos (2).

1. Ortiz L, Velasco M. Dolor crónico y psiquiatría. *Rev Med Clin Las Condes*. 2017; 28(6):866–73. doi: [10.1016/j.rmclc.2017.10.008](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.008)
2. Limerick G, Christo DK, Tram J, Moheimani R, Manor J, Chakravarthy K, et al. Complex regional pain syndrome: Evidence-based advances in concepts and treatments. *Curr Pain Headache Rep*. 2023; 27(9):269–98. doi: [10.1007/s11916-023-01130-5](https://doi.org/10.1007/s11916-023-01130-5)

Dolor Nociplástico: => **FIBROMIALGIA**

- Las **intervenciones psicológicas**, no debieran subestimarse ni tampoco sobredimensionarse. Se enfocarán usualmente en las respuestas personales consecuentes de ansiedad y del estado anímico que pueden complicar el síndrome doloroso nociplástico.
- Muchas de las **intervenciones psicologistas** buscarán desiderativamente circunstancias vitales cercanas o remotas que ayudarían hipotéticamente, según escuelas u opiniones, a explicar los síntomas, y buscarán factores sociales y cognitivos que pudieran influir en la experiencia del dolor*.
- Ahora bien, téngase en cuenta que **en el ámbito del conocimiento científico la influencia o causalidad es solamente probabilística, pues a menudo estará basada en inferencias, no en pruebas.**

* Craig KD, MacKenzie NE. What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatr Neonatal Pain*. 2021; 3(3):106–18. doi: [10.1002/pne2.12046](https://doi.org/10.1002/pne2.12046)

En el **Dolor Generalizado-Difuso Crónico Primario**, el uso habitual de **estrategias psicológicas** suele ser indiscriminado y de eficacia-efectividad no probada.

Hay quienes opinan incorrecta e ilusoriamente que la eficacia de muchas intervenciones psicológicas sí está bien constatada. Entre las pretendidamente eficaces (ver **DIAPO 20= SEUDOTERAPIAS**):

- 1- Relajación
 - 2- *Biofeedback*
 - 3- Hipnosis
 - 4- Técnicas de condicionamiento instrumental (conducta-consecuencias)
 - 5- Técnicas de aceptación y compromiso
 - 6- Escritura emocional
 - 7- Terapia cognitivo-conductual (probablemente la más usada)
- ... y aún otras más.

- McCracken LM. Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annu Rev Psychol.* 2024; 75:601–24. doi: [10.1146/annurev-psych-020223-124335](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335)
- Gerdle B, Dragioti E, Rivano-Fischer M, Ringqvist Å. Acceptance and fear-avoidance mediate outcomes of interdisciplinary pain rehabilitation programs at 12-month follow-up: A clinical registry-based longitudinal cohort study from the swedish quality registry for pain rehabilitation (SQRP). *J Pain Res.* 2024; 17:83–105. doi: [10.2147/JPR.S438260](https://doi.org/10.2147/JPR.S438260)

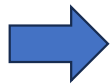
Las **intervenciones psicológicas**, conocidas y usadas en las *Unidades del Dolor*:

- Son de resultados poco mensurables (una de las razones importantes por las que resulta difícil evaluar los resultados)
- **Dependen más de las características del paciente que del tipo de intervención.**

- González M. Dolor crónico y psicología: actualización. *Rev Med Clin Las Condes*. 2014; 25(4):610–7. doi: [10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
- Bertolín-Guillén JM. Mental health and validity of the psycho-neurobiological stress model. *Am J Psychiat Res Rev*. 2022; 5(34):1–11. doi: [10.28933/ajpr-2021-12-3105](https://doi.org/10.28933/ajpr-2021-12-3105)

Adicionalmente, en los **tratamientos** propiamente **psiquiátricos**:

- 1) Consisten en intervención psiquiátrica-psicoterapéutica ad hoc favorecedora del mejor afrontamiento;
- 2) Se usarán normalmente medicamentos indicados para la ansiedad y el estado de ánimo o humor, de secundaria y bien documentada utilidad antiálgica moderada o leve.



Los analgésicos que no necesitan prescripción facultativa son principalmente los antiinflamatorios no esteroideos como Acetaminofeno (Paracetamol[®]), Naproxeno (Antalgin[®]) y Ácido-acetil-salicílico (Aspirina[®]).

FIBROMIALGIA

En síntesis, para el **dolor primario**, más si es **crónico o generalizado**, serán de ayuda las intervenciones y tratamientos **multidisciplinarios** psiquiátricos y psicológicos.

- También está indicada la terapia multimodal para la mayoría de **dolores neuropáticos**.
- Para los tipos de dolor primario y nociplástico podrá ayudar cualquier estrategia complementaria de **aproximación interpersonal empática**, realizada o no por profesionales cualificados del ámbito de la salud: médicos generales, psiquiatras o médicos de otras especialidades, psicólogos generales de la salud y psicólogos clínicos, así como **personas y colectivos no sanitarios**.
- **LOS DOLORES PRIMARIOS, NO SON PATRIMONIO DE NINGÚN CAMPO, DISCIPLINA O ESPECIALIDAD CONCRETA DE LA SALUD.**

Gravedad de la fibromialgia (I)

- La fibromialgia es un trastorno crónico y doloroso en el que variados factores psicológicos y de salud mental se consideran relacionados con su gravedad.
- Para la **gravedad clínica** de la fibromialgia, los factores de salud mental (ansiedad, estado anímico, dolor catastrófico) son más relevantes que la intensidad del dolor percibido.

Moreno-Sánchez PA, Arroyo-Fernández R, Bravo-Esteban E, Ferri-Morales A, van Gils M. Assessing the relevance of mental health factors in fibromyalgia severity: A data-driven case study using explainable AI. *Int J Med Inform.* 2024; 181:105280. doi: [10.1016/j.ijmedinf.2023.105280](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105280)

FIBROMIALGIA

Gravedad de la fibromialgia (II)

- La fatiga (a diferenciar el SFC), los síntomas cognitivos, psicopatológicos y somáticos múltiples suelen acompañar al trastorno.
- Tiene una etiología desconocida y una fisiopatología incierta.
- No hay evidencia de inflamación de los tejidos a pesar de los síntomas de dolor en esos tejidos.
- Es un trastorno de la regulación del dolor y a menudo se clasifica como una forma de síndrome de sensibilización central.
- El **SÍNDROME DE SENSIBILIDAD CENTRAL (SSC** -DIAPO. 10 Y DIAPO. SIG.-) engloba un conjunto de patologías como fibromialgia, dolor crónico, sdr. de fatiga crónica, cansancio, trast. digestivos, dolor de cabeza, trast. urinarios, alter. articulación temporomandibular...

Bhargava J, Hurley JA. Fibromyalgia. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024

Gravedad de la fibromialgia (III)

- El **Síndrome de Sensibilización Central (SSC)**, presente en la fibromialgia, se define como el aumento de las señales dolorosas en el **sistema nervioso**, produciendo una hipersensibilidad al dolor.
- El **SSC** hace que el cerebro esté en estado de alerta permanente y reaccione de forma exagerada a los estímulos, incluso los no dolorosos, magnificando así la información sensorial que le llega.
- La hiperexcitabilidad neuronal es la causa del **SSC**.

Bioética de la fibromialgia - 1

- En el encuentro paciente-médico intervienen tanto la postura del clínico como la de la persona que busca diagnóstico y atención.
- Las personas con FBM no solo buscan alivio de los síntomas, también la legitimación del padecimiento como “*enfermedad real*” => **la persona no está sana pero tampoco enferma porque sus síntomas no se ajustan al modelo biomédico clásico de enfermedad.** -DIAPO. SIG.-
- Los tratamientos son en su mayoría paliativos: disminuir el dolor, mejorar el sueño, restaurar el estado físico, emocional y la función mental, mejorando así la calidad de vida en general.
- Los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales convergen en la vida de las personas con FBM. Por esta intersubjetividad de dimensiones cada fenómeno doloroso es subjetivo y su significado e interpretación diferentes.
- El dolor es vivido como modo de ser o estar en el mundo, es decir, una forma de experimentar, percibir, juzgar, actuar y relacionarse con el contexto personal.

Bioética de la fibromialgia - 2

¡OJO!: El derecho a que se reconozca el sufrimiento propio no conlleva que también exista derecho a una pensión compensatoria.

- ▶ Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia CARMEN CALVO:

«**Estamos manejando dinero público, y el dinero público no es de nadie**» (dicho en el contexto del cambio de tarifa de electricidad que fue aprobado por el gobierno socialista de la nación en enero de 2019).

¿El dinero no es de nadie o es de TODOS los contribuyentes?

FIBROMIALGIA

- La **fibromialgia** no es una **discapacidad** por definición, pero alrededor del 50% de las personas que la sufren presentan **alto grado de discapacidad** para desarrollar las actividades laborales y de la vida diaria.
- Síntomas más discapacitantes: fatiga intensa, alteraciones del sueño, vértigos, hipersensibilidad al ruido y la luz, migrañas y problemas cognitivos (falta de concentración y memoria).
- Incluso las personas que no tienen gran discapacidad de forma continua, pueden tener días especialmente discapacitantes.
- A la hora de plantearse conseguir reconocimiento administrativo importa distinguir entre **discapacidad** e **incapacidad laboral**.

En la CIE-11, el dolor crónico se define como dolor que persiste o recurre durante más de 3 meses y se subdivide en siete categorías: el dolor crónico primario y seis tipos del secundario.

El dolor primario crónico ahora se considera un trastorno en sí mismo y no un mero síntoma de alguna enfermedad subyacente.

Narvaez-Tamayo MA, Aguayo C, Atencio E, Garcia JB, Cabrera C, Castañeda C, et al. Pain as a disease in the new International Classification of Diseases (ICD-11): Latin American expert consensus. *Pain Manag.* 2024; 14(3):139–51. doi: [10.2217/pmt-2023-0096](https://doi.org/10.2217/pmt-2023-0096)

FIBROMIALGIA - *addenda*

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: reconocimiento administrativo de la discapacidad. Su propósito es compensar las desventajas sociales que conlleva. Se tramita en los **Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad** de las Comunidades Autónomas por los **Equipos de Valoración y Orientación**, formados por al menos, **médico, psicólogo y trabajador social**.

INCAPACIDAD LABORAL es la situación en la cual la persona no puede desarrollar su trabajo. Puede ser de dos tipos:

- ***Temporal***. Es lo que conocemos comúnmente como baja médica. La otorga el médico y su duración es limitada.
- ***Permanente***. Se solicita en el **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**. Lo normal es que se deniegue en la primera solicitud, por lo que sería necesario ir a juicio. Grados de incapacidad permanente: **Parcial (= ó >33%)** y **Total** (ambas para el trabajo habitual), **Absoluta** y **Gran Invalidez** (ambas para todo trabajo).

En el caso de querer solicitar la incapacidad es importante tener buenos informes médicos y que el proceso sea llevado por abogado y perito cualificados y expertos.

¿Qué es la pensión de Incapacidad permanente de la Seguridad Social?

Es una prestación que se reconoce al trabajador cuando, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

¿Cuándo se inicia y qué trámites se deben realizar?

El procedimiento se inicia:

De oficio:

- Por iniciativa de la **entidad gestora** cuando el trabajador proceda de incapacidad temporal y haya sido dado de alta médica por agotamiento del plazo o por encontrarse en una situación constitutiva de incapacidad permanente.
- A petición de la **Inspección de Trabajo**.
- Por petición del **Servicio Público de Salud** aportando el alta médica y el historial clínico, previa autorización del interesado.

- A solicitud de las **entidades colaboradoras** que aportarán el alta médica del trabajador, el historial clínico y el expediente previo.

A petición del interesado:

- **Cumplimentar el modelo de solicitud de incapacidad permanente.**
- **La documentación personal y la específica que se indica en el modelo de solicitud.**

Puede realizar este trámite a través de la **Sede Electrónica de la Seguridad Social** (<https://sede.seg-social.gob.es>) por correo ordinario o en un centro de **Atención e Información de la Seguridad Social**, solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70/ 91 541 25 30 o en web www.seg-social.es o en las direcciones provinciales o locales del **Instituto social de la Marina (ISM)**.

Los trabajadores que no procedan de incapacidad temporal, bien por no tener protegida esta contingencia o por no estar en alta, deberán presentar la solicitud para iniciar el procedimiento.

En la fase de instrucción se podrá solicitar cuanta documentación y pruebas médicas se estimen necesarias.

El **equipo de valoración de incapacidades (EVI)** formulará el dictamen-propuesta teniendo en cuenta el informe médico de síntesis elaborado por los facultativos de la dirección provincial del INSS y el informe de antecedentes profesionales.

Los **directores provinciales del INSS o del ISM**, en su caso, dictarán resolución expresa declarando el grado de incapacidad, la cuantía de la prestación económica y el plazo a partir del cual se puede instar la revisión de la incapacidad por agravación o mejoría.

¿Cuándo se extingue el derecho a la pensión?

La pensión puede extinguirse por revisión de la incapacidad, por reconocimiento de la pensión de jubilación cuando se opte por esta pensión y por fallecimiento del pensionista.

Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad

COMUNIDAD VALENCIANA

ALICANTE. Vicente Chávarri, 52. 03007 Alicante. 965 938 789
martinezcampillo_fra@gva.es

CASTELLÓN. Av. Germans Bou, 81. 12003 Castellón de la Plana. 964 726 200
salva_ale@gva.es

VALENCIA. San José de Calasanz, 30. 46008 – Valencia.
963 989 550 lazaro_pil@gva.es y ventura_ped@gva.es

Muchas
Gracias!

