

La atención a enfermos con fibromialgia.

Aspectos prácticos desde una perspectiva psicológica

Francisco Górriz Herranz * / Emilio Garrido Landívar ** /
Antonio Andueza Azcárate *** / M^a Dolores Martínez Mazo *** /
Marta Echeverría Zunzarren ****

1. Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de dolor generalizado, difuso y cambiante, acompañado normalmente de sueño no reparador, rigidez y fatiga. Aunque no es una enfermedad degenerativa, puede llegar a ser tan incapacitante como la artritis reumatoide.

Tiene una gran trascendencia en salud pública porque afecta aproximadamente al 2% de la población general. En un estudio reciente en Cataluña se encontró que la enfermedad afectaba al 5% de la población y se estima que en España pueden padecerla unas 800.000 personas. Provoca el 2-6% de las consultas de medicina general y el 10-20% de las consultas de reumatología. Es mucho más frecuente en mujeres (73-88%) y la edad media en el momento de inicio de la enfermedad varía entre 34 y 57 años.

Aunque es una enfermedad frecuente, hasta hace una década era poco conocida por los profesionales sanitarios. De hecho, los criterios para su diagnóstico no se establecieron hasta que el Colegio Americano de Reumatología (ACR) creara una comi-

* Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Servicio Navarro de Salud.

** Catedrático del Área: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad Pública de Navarra.

*** Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Navarro de Salud.

**** Psicóloga Máster en Terapia de Conducta. Colaboradora de la Asociación de Fibromialgia de Navarra.

sión al efecto en 1990 y no se reconoció como enfermedad, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta 1992.

Actualmente no existen pruebas objetivas para detectar la existencia de la fibromialgia. El diagnóstico se establece cuando existe dolor generalizado de más de tres meses de duración y en la exploración de unos puntos sensibles, que aparecen en una localización muy concreta, al menos 11 de los 18 existentes, resultan dolorosos.

Las causas de esta enfermedad son desconocidas. En la actualidad se cree que la fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor. Estos mecanismos nos protegen habitualmente contra el dolor y si no existieran seríamos conscientes constantemente de nuestros músculos y articulaciones. En la fibromialgia estos mecanismos tendrían un funcionamiento anormal, de forma que se produce un aumento de la sensibilidad al dolor. Cuando esto ocurre basta una pequeña sobrecarga de una articulación o de una parte del cuerpo para notar sensaciones dolorosas.

La fibromialgia no tiene un tratamiento eficaz. Aunque la investigación sobre el tema hace años que viene siendo intensa, la evidencia científica sólo apoya resultados modestos para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Las intervenciones multidisciplinarias, que asocian varias modalidades terapéuticas adaptadas a las características de cada paciente, intentan mejorar la eficacia del tratamiento. En general se recomienda combinar la farmacoterapia, la intervención psicológica y el ejercicio físico.

2. Perspectiva ante el enfermo

Implicaciones del desconocimiento de la etiología

El desconocimiento de la causa de la fibromialgia y la ausencia de indicadores físicos de la enfermedad evidentes han incentivado la búsqueda de posibles anomalías psicológicas, en un intento de encontrar un origen no orgánico a la enfermedad. Sin embargo esta posibilidad actualmente se considera descartada. La existencia de un perfil psicológico o de personalidad específico de la fibromialgia no se ha podido probar y los trastornos emocionales, que con frecuencia se asocian a la fibromialgia (ansiedad y depresión), son más una consecuencia de esta enfermedad crónica que su causa.

De todas formas, el desconocimiento de la causa de la fibromialgia sigue provocando discusiones interminables y polémicas al intentar conseguir clasificar la enfermedad o decidir cómo debe orientarse en general su tratamiento. Incluso la misma existencia de la fibromialgia sigue poniéndose en duda, como lo ejemplifica el hecho de que, en el contexto de jornadas y congresos, se haya llegado a establecer la distinción entre profesionales que son o no “creyentes”.

Esta situación de confusión se constata no sólo en el ámbito científico, sino también en las actitudes de los profesionales hacia los enfermos, que provocan, cuando menos, un retraso en el diagnóstico.

Una salida a esta situación la ofrece la conceptualización de la fibromialgia como un problema más de dolor crónico.

3. Fibromialgia y dolor crónico

El dolor es una experiencia perceptiva subjetiva resultado de la interacción compleja de múltiples factores.

Siguiendo la formulación propuesta por Melzac y Casey en 1968 existen tres dimensiones implicadas en la experiencia de dolor:

- a. Dimensión sensorial-discriminativa: analizaría la cantidad y cualidad sensorial. Sería la parte más periférica de la experiencia perceptiva.
- b. Dimensión motivacional-afectiva: supone una integración superior de esa información y hace referencia a la caracterización de éste como desagradable y aversivo. La percepción del dolor se modula a este nivel, mediante la influencia de factores emocionales como la ansiedad y depresión.
- c. Dimensión cognitivo-evaluativa: recoge el aspecto superior de integración de la experiencia de dolor. A este nivel intervienen variables cognitivas como la atención, sugestión, tipos de pensamientos, creencias, experiencias previas, valores culturales, etc., que además de afectar directamente a la percepción del dolor, modulan también, la actividad de los dos subsistemas anteriores.

La experiencia de dolor es la resultante de la interacción de estas tres dimensiones, variando el peso de cada una de ellas para cada caso concreto y situación específica.

En los problemas que cursan con dolor crónico, el peso de las dimensiones motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa llega a ser sorprendente. Si el dolor tiene una intensidad y duración suficientes estas dimensiones pueden ser capaces de perpetuar el dolor, pese a que la lesión o enfermedad que lo originó se haya resuelto.

Esta visión tridimensional del dolor puede dar respuesta a los problemas de clasificación y de elección del tratamiento en la fibromialgia.

Según esta visión debe abandonarse el intento de conseguir conclusiones generales y centrarse en cada enfermo en particular en un momento y circunstancias concretos.

4. La importancia del diagnóstico

Cuando el paciente comienza a consultar por sus dolencias, el médico no encuentra nada que las justifique y con frecuencia pasan años hasta que es diagnosticado. Ante la falta de explicación para sus síntomas y la severidad de éstos, es frecuente que el paciente tenga miedo a padecer una enfermedad grave o comience a culpabilizarse ante sus dificultades. A esta situación personal se le añaden otras dificultades al no

poder justificar sus síntomas ante los demás. Las personas que rodean al paciente tras un periodo de expectación pueden comenzar a pensar que el paciente exagera sus síntomas o los utiliza como excusa para evitar responsabilidades, complicándose así su situación laboral o familiar.

Al ser diagnosticado, el paciente tiene que enfrentarse al hecho de que su problema va a ser crónico y no tiene solución. Ante esta nueva expectativa se podría pensar que los pacientes pueden empeorar tras recibir el diagnóstico, sin embargo se ha constatado que esto no es así. De hecho, la situación previa de los pacientes puede llegar a ser tan negativa que frecuentemente experimentan una mejoría en la afectación emocional tras el diagnóstico, al poder justificar sus síntomas y conocer que no padecen una enfermedad grave.

4.1. Consideraciones sobre la evaluación:

La necesidad de evaluar aspectos psicológicos

Aunque la enfermedad no es secundaria a un trastorno psíquico, sí que puede ser agravada por variables psicológicas como ansiedad, depresión, estrés, sentimientos de incertidumbre y de falta de control, disminución de la actividad general y del ejercicio físico, aislamiento, cambios en la higiene del sueño, etc. Además, la propia enfermedad repercute a nivel psicológico. De esta forma se cierra un círculo vicioso entre la fibromialgia y la afectación psicológica que a su vez repercute en la enfermedad.

Estos aspectos psicológicos deben ser tenidos en cuenta para intervenir sobre ellos. La intervención tiene efectos beneficiosos en sí misma y además evita que estos aspectos interfieran en la eficacia del resto del tratamiento médico.

4.2. Contenidos de la evaluación psicológica

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, la evaluación psicológica en la fibromialgia no difiere sustancialmente de la de otros problemas de dolor crónico.

La evaluación abarca los siguientes contenidos:

- Características del dolor, historia del problema y tratamientos previos.
- Aspectos conductuales: conductas de dolor, incapacidad funcional, interferencia en el nivel de actividad, estilo de vida, estrategias de afrontamiento del dolor, etc.
- Aspectos cognitivos: actitudes y creencias sobre el dolor, percepción de autoeficacia, pensamientos ante el dolor, etc.
- Aspectos emocionales: ansiedad, depresión, miedo, ira, etc.
- Aspectos psicosociales: apoyo social, recursos sociales, etc.

La información obtenida debe permitir descartar la existencia de psicopatología relevante y establecer las relaciones funcionales que permitan diseñar la intervención más adecuada.

Para establecerse las relaciones funcionales debe investigarse las relaciones existentes entre cualquier tipo de suceso, déficit o exceso comportamental y cambios en el dolor, tanto en el presente como a lo largo de la historia del problema.

No se ha que perder de vista el marco multidisciplinar en el que ha de integrarse la evaluación, tanto para tener en cuenta la información del resto de profesionales del ámbito médico, como para que el análisis conductual obtenido complemente el examen médico.

4.3. Importancia de la evaluación psicológica para la orientación del tratamiento general

Tras el proceso de evaluación pueden darse alguna de las siguientes situaciones con importantes implicaciones para la orientación del tratamiento general:

1. Puede iniciarse el tratamiento específico de la fibromialgia. En este caso en la evaluación se habrá delimitado el peso de los diferentes factores físicos y psicológicos que influyen en el curso de la enfermedad, de manera que pueda diseñarse un plan de tratamiento multidisciplinar.
2. Es necesario tratar antes un trastorno depresivo. Se estima que el 40% de los pacientes con fibromialgia han padecido depresión en algún momento de su vida y que el 20% puede presentarla en el momento de ser atendidos. Tras la evaluación es muy frecuente que el paciente reúna criterios para el diagnóstico de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o de un episodio depresivo leve. En estos casos la sintomatología depresiva no suele interferir en la aplicación del tratamiento específico de la fibromialgia y al efectuar el tratamiento, los síntomas depresivos suelen mejorar. Si el paciente cumple criterios de episodio depresivo moderado o grave, la sintomatología depresiva ha de ser tratada de manera preferente. Cuando el cuadro afectivo mejore, también mejorarán los síntomas de la fibromialgia y el paciente podrá beneficiarse en mayor medida del tratamiento de la enfermedad.
3. El tratamiento específico de la fibromialgia no procede. Otra de las implicaciones que se derivan del diagnóstico diferencial entre fibromialgia y otros trastornos psiquiátricos es la posibilidad de que el paciente presente un trastorno somatomorfo. En particular el trastorno de somatización y el trastorno de dolor persistente somatomorfo pueden confundirse con la fibromialgia. En estos casos la evaluación psicológica revela cómo el inicio, curso y exacerbación de los síntomas del paciente están determinados fundamentalmente por aspectos psicológicos y el tratamiento debe dirigirse de forma específica al abordaje del trastorno psiquiátrico.
4. Resulta aconsejable aplazar al menos parte del tratamiento específico de la fibromialgia. Esta situación se da cuando el paciente está implicado en trámites o reclamaciones sobre la incapacidad laboral. En estas circunstancias está am-

pliamente constatado que la eficacia de cualquier tipo de intervención se ve disminuida. Los mecanismos por los que ocurre esta interferencia suelen ser los de los efectos no conscientes de otras ganancias secundarias como, por ejemplo, la atención de los demás o la liberación de responsabilidades. Cuando se da esta situación conviene aplazar el tratamiento en la medida que ética-mente sea posible, teniendo en cuenta que de lo contrario se corre el riesgo de “quemar” alternativas terapéuticas que en otras circunstancias pudieran resultar útiles.

5. Resulta aconsejable aplazar el abordaje psicológico. En ocasiones el paciente con fibromialgia puede seguir en estudio médico ante la sospecha de otros cuadros que pudieran justificar al menos en parte su sintomatología. Aunque algunas estrategias farmacológicas o de rehabilitación puedan iniciarse, el abordaje psicológico debe posponerse. De lo contrario, las expectativas de encontrar una posible solución médica interferirán en la implicación del paciente.

4.4. Instrumentos específicos de evaluación

Los instrumentos para cubrir los objetivos de la evaluación cognitivo-conductual son los habituales en el dolor crónico, principalmente, la entrevista, auto-observación y auto-registro, cuestionarios y registros psicofisiológicos.

A continuación se describen los dos instrumentos de evaluación específicos para la fibromialgia que son más utilizados.

4.4.1. *Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)*

A diferencia de otros cuestionarios existentes que fueron diseñados para su aplicación en múltiples trastornos reumáticos, el FIQ fue creado por Burckardt y colaboradores en 1991, exclusivamente para la fibromialgia. Recientemente ha sido adaptado y validado en población española (De Gracia *et al.*, 2001).

El FIQ está formado por 10 ítems que evalúan el estado de salud y la afectación funcional. El primer ítem mide el funcionamiento físico y está compuesto por diez subítems que valoran el grado de capacidad para realizar diferentes actividades de la vida diaria. Los dos ítems siguientes hacen referencia al número de ausencias laborales y número de días que se sintieron bien durante la semana anterior. Los 7 ítems restantes miden el nivel de interferencia de la enfermedad en el trabajo, el dolor, la fatiga, el cansancio al despertar, la rigidez, la ansiedad y la depresión. Todos ellos se valoran con una escala analógico visual que posteriormente se puntúa de 0 a 10. En la adaptación De Gracia *et al.*, se valoran con una escala de Likert de 0 a 10.

Las principales ventajas del FIQ son su especificidad, brevedad, facilidad de corrección y adecuadas propiedades psicométricas. Además, su amplia difusión posibilita la comparación de los resultados de los estudios experimentales con los de la práctica clínica.

Una de las limitaciones del cuestionario es que es específico para población femenina, ya que el ítem que evalúa funcionamiento físico se diseñó mediante actividades de la vida diaria que se consideraron características de esta población. No obstante, el resto de ítems no tienen este sesgo, por lo que el FIQ puede ser aplicado indistintamente, siempre que no se analicen las puntuaciones globales y se tenga esa excepción en cuenta al analizar los ítems por separado.

4.4.2. *Tender point index (TPI)*

Con el TPI se cuantifica la reactividad a la palpación de los puntos dolorosos a la presión.

Para su valoración se requiere la exploración médica de un profesional ya familiarizado con el procedimiento. Para ello se ejerce una presión de alrededor de 4 Kg. en una superficie aproximada de 1cm², en los 18 puntos utilizados para el diagnóstico de fibromialgia. La forma en que suele ser cuantificado cada punto es 1 si el paciente no refiere dolor, 2 si lo refiere y 3 si muestra dolor retirándose bruscamente. El TPI se obtiene finalmente sumando todas las puntuaciones.

La exploración de estos puntos dolorosos es el único indicador que puede objetivarse en la exploración médica. Es considerado un buen indicador de la severidad de la enfermedad porque correlaciona con el resto de los síntomas (dolor generalizado, fatiga, sueño no reparador, etc.), a los que solo puede accederse mediante los informes subjetivos de los pacientes.

Entre las ventajas del TPI habría que destacar el hecho de ser un indicador bastante objetivo. Por otro lado, está relativamente libre del sesgo que la subjetividad del paciente puede ejercer, ya que los pacientes desconocen que tienen estos puntos sensibles (el dolor percibido no suele relacionarse con ellos) y su reacción es lo suficientemente inmediata (cuando el paciente se retira lo hace de manera refleja debido a la intensidad y agudeza del dolor) como para que el sesgo subjetivo sea mínimo.

Entre los inconvenientes del TPI estarían la necesidad de contar con un médico familiarizado con este procedimiento de evaluación y la posibilidad de que no sea un indicador de severidad tan bueno como se pensaba, ya que hay investigaciones que informan que la correlación con el resto de síntomas no resulta significativa.

5. El efecto del clima

Uno de los aspectos ligados a la evaluación que no suele ser tenido en cuenta es el efecto que el clima ejerce en el curso de la enfermedad.

En general los pacientes con fibromialgia suelen mejorar con el clima cálido y seco, y empeoran con el clima frío y húmedo. De esta forma tienden a presentar cierto patrón estacional con empeoramiento en el otoño e invierno y mejoría en primavera y verano.

Este efecto no es específico de la fibromialgia pero debe ser destacado porque, como se señaló, la eficacia del tratamiento es modesta y las mejorías observadas pueden confundirse con el simple efecto del clima. De hecho, los efectos del clima llegan a alcanzar significación estadística si se comparan mediciones realizadas en invierno con las realizadas en verano. Además el efecto del clima no afecta solo a variables relacionadas directamente con el dolor y la incapacidad, sino que también afecta al resto de variables que suelen evaluarse, como son las variables relacionadas con el estado emocional, los aspectos cognitivos o las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, durante el verano se ha constatado que mejoran los niveles de depresión, aumenta la percepción de control interno del dolor y disminuyen las estrategias de evitación para afrontar el dolor (las estrategias de evitación suelen dificultar la adaptación al dolor).

En los estudios experimentales este problema se resuelve con grupos de control que no reciben tratamiento. En la evaluación clínica puede resolverse programando, tras el tratamiento, un periodo de seguimiento que incluya la época del año menos favorable.

6. Consideraciones sobre el tratamiento

Teniendo en cuenta que la experiencia de dolor depende de la interacción de factores físicos y psicológicos, el tratamiento del dolor crónico es más eficaz si se combinan las diferentes modalidades terapéuticas que abarquen todos los aspectos involucrados en cada problema concreto.

En el caso de la fibromialgia se recomienda combinar la farmacoterapia, el ejercicio físico y la intervención psicológica.

6.1. Farmacoterapia

6.1.1. *Fármacos utilizados*

En la fibromialgia los objetivos del tratamiento farmacológico se dirigen principalmente a aliviar el dolor y mejorar el sueño.

En general están indicados los fármacos que aumentan los niveles corporales de serotonina, modulando el sueño y el dolor, como la amitriptilina, la ciclobenzaprina y otros similares. Estos fármacos se utilizan a dosis bajas y tardan cierto tiempo en producir mejoría. Alguno de ellos son antidepresivos pero no se prescriben general-

mente por su acción antidepresiva sino por su poder analgésico y por sus efectos beneficiosos en las alteraciones del sueño. Los analgésicos simples como el paracetamol pueden ser útiles como ayuda puntual pero no deben ser el único tratamiento. Dentro de la familia de los analgésicos, el tramadol parece tener algunas ventajas al combinar una acción analgésica pura como agonista opiáceo con la inhibición de la recaptación de monoaminas. Los antiinflamatorios no esteroideos no producen mejoría sustancial a largo plazo y deben evitarse debido a sus riesgos sobre el aparato digestivo.

6.1.2. *Observaciones sobre su utilización por parte de los pacientes*

Los pacientes con fibromialgia presentan un patrón de consumo de analgésicos caracterizado por un consumo bastante regular pero a dosis bajas. Posiblemente a causa de la cronicidad del problema tienden a consumir la menor cantidad posible de medicamentos, generalmente cuando el dolor empeora. Como entonces la eficacia de los analgésicos se reduce, esta tendencia suele llevar a consumir dosis insuficientes pero con bastante frecuencia. Si este patrón se modifica, los pacientes pueden aprender a sacar mayor beneficio de la medicación, sin necesidad de aumentar la cantidad global de fármacos que consumen. Por ejemplo, durante las recaídas resulta recomendable distribuir las dosis en función del tiempo y no tanto de las variaciones del dolor y al hacer actividades que previsiblemente desencadenen dolor, conviene comenzar a tomarlos antes de empezar.

6.1.3. *Ejercicio físico*

Según múltiples estudios publicados en la literatura médica, la actividad física es uno de los procedimientos más asequibles y que más pueden beneficiar a los pacientes con fibromialgia. El ejercicio aumenta los niveles de endorfinas, sustancias que produce el propio organismo con propiedades analgésicas muy potentes. Estas sustancias son las responsables de que, por ejemplo, algunos participantes puedan finalizar un acontecimiento deportivo pese haber sufrido alguna lesión. El ejercicio físico puede mejorar la capacidad de tolerancia al dolor y facilitar el sueño reparador, así como proporcionar beneficios adicionales como mejorar el humor, aumentar la relajación, ayudar a mantener el peso, prevenir la osteoporosis, etc. Sin embargo se ha comprobado que el 80% de pacientes con fibromialgia no están físicamente en forma. Este hecho parece relacionarse con que la mayoría de los pacientes con fibromialgia suelen experimentar un empeoramiento del dolor después del ejercicio y en consecuencia tienden a ir abandonándolo, lo que conduce a una pérdida de forma física. De forma simultánea, los músculos no ejercitados están sujetos al mal muscular postejercicio, que comprende dolor muscular, rigidez y pérdida de fuerza de 24 a 48

horas después del ejercicio. Todo esto podría justificar la idea de que el ejercicio resulta inadecuado y su progresivo abandono.

Las claves para recuperar la forma física están en implicarse en un programa simple, regular y suave, que pueda incrementarse gradualmente. El tipo de ejercicio que se escoja ha de ser muy accesible (por ejemplo caminar a buen paso). Ha de iniciarse a niveles bajos, en función de la tolerancia de cada persona, practicarse de forma regular (todos los días) y a ser posible en compañía para aumentar la motivación creando un compromiso. Si no se realiza ningún tipo de ejercicio y se decide, por ejemplo, caminar a buen paso (a ritmo rápido pero pudiendo mantener una conversación) habría que comenzar caminando cinco minutos el primer día. Al día siguiente habría que añadir un minuto o dos, continuando así hasta conseguir caminar durante media hora. Si algún día cuesta alcanzar el nivel de ejercicio previsto, habría que volver al nivel que resultaba confortable y continuar caminando este periodo de tiempo varios días. Después se seguiría incrementando el tiempo hasta el objetivo de treinta minutos.

Los ejercicios de estiramientos y de flexibilización también son recomendables.

7. Intervención sobre aspectos psicológicos

7.1. Intervención individual o grupal

Los pacientes con fibromialgia tienen suficientes características comunes como para que, en general, resulte recomendable una intervención grupal, ya que tiene mejor relación coste-beneficio y ofrece algunas ventajas, como el apoyo mutuo entre sus miembros o la reducción del aislamiento.

La intervención grupal requiere un programa fijo que incluya todos los contenidos y técnicas relevantes en la fibromialgia y algunos requisitos a los participantes como cierto nivel cultural o que los posibles mantenedores ambientales no sean excesivos. En el caso de que el paciente no los cumpla la intervención individual permite ajustarse a cada caso.

7.2. Contenidos de los programas grupales

Los programas de intervención psicológica en la fibromialgia, con mayor respaldo en la investigación, tienen una orientación cognitivo-conductual.

Uno de los programas más utilizados es el desarrollado por H.C. Philips. Este programa se recoge en un libro publicado en 1988 del que hay traducción española. Fue diseñado para que resultara aplicable a una amplia variedad de problemas de dolor crónico. El programa está estructurado para ser aplicado en 9 sesiones semana-

les. Los contenidos y las técnicas empleadas, siguiendo el orden de las sesiones, son los siguientes:

- 1^a semana: a) Contenido: Esquemas generales de modulación del dolor. b) Técnicas incluidas en la sesión: Respiración diafragmática.
- 2^a semana: a) Papel de la relajación en el control del dolor. b) Relajación progresiva con control de la respiración.
- 3^a semana: a) Papel del ejercicio físico en el control del dolor. b) Programas de aumento de la actividad física general y específica ligada a la localización del dolor.
- 4^a semana: a) Papel de la medicación. b) Procedimiento de reducción del consumo de fármacos.
- 5^a semana: a) Papel de las emociones, ansiedad e ira en el control del dolor. b) Técnicas de reducción de las reacciones al estrés.
- 6^a semana: a) Papel de la focalización de la atención en el dolor. b) Técnicas de focalización atencional, distracción y entrenamiento asertivo.
- 7^a semana: a) Papel de la valoración del dolor y de la depresión en el control del dolor. b) Relajación controlada por claves, revalorización cognitiva del dolor y manejo de autoinstrucciones.
- 8^a semana: a) Papel de la distribución de la actividad en el control del dolor. b) Espaciamiento de la actividad.
- 9^a semana: a) Revisión general, estrategias de control de dolor y estrategias preventivas, prevención de recaídas. b) Práctica de las técnicas más adecuadas en función de la experiencia del paciente. Énfasis en el uso de la relajación rápida.

7.3. Contenidos y estrategias específicos

7.3.1. *Actitud del paciente ante el abordaje psicológico*

Esta es una de las cuestiones que ha de abordarse en el primer momento de la evaluación.

La gran mayoría de pacientes con fibromialgia que contactan con el psicólogo no tienen una actitud favorable hacia este tipo de intervención.

Algunas de las causas son las siguientes:

- Los pacientes con fibromialgia parten de una experiencia previa de múltiples fracasos terapéuticos.
- Culturalmente enfermedad y tratamiento médico están fuertemente asociados por lo que la atención psicológica no entra dentro de las expectativas habituales de una persona enferma.
- Los pacientes no suelen disponer de información acerca de cómo una intervención psicológica les puede ayudar con su problema médico.

- Aunque el paciente disponga de información adecuada, la intervención psicológica no suele resultar atractiva ya que requiere que el paciente adopte un papel activo y no ofrece resultados inmediatos.
- El ser atendido por un psicólogo no está bien visto socialmente y resulta muy difícil de justificar ante los demás.
- Los pacientes con fibromialgia, con frecuencia, se han visto obligados a peregrinar de un especialista a otro, sin que se les encontrara nada que justificara sus síntomas, de forma que cuando el paciente es remitido al psicólogo, una interpretación habitual es la de que el médico cree que se inventa o exagera sus síntomas, o que padece un trastorno mental.

Esta actitud no favorable es la principal causa de los abandonos en las fases iniciales de la intervención y uno de los motivos de la falta de implicación posterior.

7.3.2. Estrategias para facilitar una actitud favorable

La experiencia muestra que las actitudes negativas resultan muy resistentes al cambio y que la mera información no es efectiva.

Algunas de las estrategias que pueden propiciar una actitud más favorable son las siguientes:

- En el primer contacto con el paciente disponer de tiempo suficiente (mínimo 45 minutos) para que pueda expresarse adecuadamente.
- Iniciar la entrevista analizando cómo percibe el paciente sus dificultades, animando a que describa cómo son sus síntomas y la forma en que le afectan. Esta discusión demuestra al paciente la validez que sus quejas tienen para el entrevistador.
- Para justificar la intervención psicológica hay que explicar al paciente cómo efectivamente el curso de la fibromialgia está influido por factores cuyo control puede mejorar y cómo podría prevenir o paliar las complicaciones de la enfermedad. Para ello es imprescindible utilizar la propia información del paciente y sus peculiaridades. Hay que tener en cuenta que las influencias de los factores psicológicos en la enfermedad o que sus consecuencias negativas no son iguales en todos los sujetos. Si se utilizan las típicas relaciones como la existente entre la ansiedad y el dolor, y el paciente puede criticarlas con su experiencia, entonces la intervención se desacredita.
- Plantear la intervención psicológica no como una terapia en sí misma, sino como un componente del tratamiento global de la enfermedad, que posibilitará el que saquen un mayor partido del resto de indicaciones médicas. Esta perspectiva, además de ser totalmente cierta es más fácil de asumir para el paciente.

Al iniciar la intervención, si se va a realizar con formato grupal, el testimonio de un paciente que exponga su experiencia es una de las formas más sencillas y eficaces

de fomentar una actitud positiva. Hay que tomar la precaución que el modelo ofrezca una referencia realista. Un modelo de dominio muy elevado podría transmitir la sensación de que sus logros se deben a que sus limitaciones físicas son mínimas o a que su capacidad es excepcional.

7.3.3. *La información*

En la información general sobre la enfermedad habría que destacar que si bien se trata de una enfermedad crónica, ésta es bastante común, no tiene riesgo vital ni tampoco degeneración muscular o articular, por lo que no produce deformidades ni incapacidades graves. También es importante aclarar que no tiene curación conocida, ya que aunque se dispone de tratamientos que mejoran los síntomas, éstos no resuelven totalmente la enfermedad.

Sobre las posibles causas de la enfermedad resulta útil describir las principales hipótesis existentes (mecanismos de modulación del dolor, el papel de la tensión muscular, las dificultades del sueño, etc.) ya que facilita la introducción de los contenidos de la intervención.

Con frecuencia es necesario insistir en el tema de que la fibromialgia no es una enfermedad degenerativa ya que la experiencia de los pacientes es que su estado general empeora progresivamente. Aludir a que el deterioro que perciben es exclusivamente funcional debido simplemente al abandono de la actividad física puede ser un error, pues la vivencia de los pacientes es que, si lo abandonan, lo hacen por culpa de la enfermedad. También es un hecho que las personas sanas que nunca han realizado ejercicio físico no tienen complicaciones a medio plazo equiparables con las presentadas por los pacientes con fibromialgia. Para abordar este tema adecuadamente es necesario analizar también el papel de otras variables como la existencia de otros problemas físicos, la adecuación del tratamiento farmacológico o el hecho de que la fibromialgia puede tener una mayor severidad aunque no se pueda objetivar mediante pruebas médicas.

7.3.4. *El estrés cotidiano*

En las investigaciones sobre el tema, se ha evidenciado que las personas con fibromialgia presentan mayores dificultades que otros pacientes con dolor crónico para adaptarse al estrés cotidiano. Por estrés cotidiano se entiende el que se produce por las discusiones, pequeñas frustraciones, falta de tiempo, decepciones, sucesos imprevistos, críticas, desengaños, en definitiva por los ajetreos diarios. Además, también se ha observado que con frecuencia el inicio de la enfermedad coincide con algún suceso estresante importante como separaciones matrimoniales, problemas graves con hijos, etc.

Estas dificultades en la adaptación ante el estrés es el componente psíquico más relevante y diferencial de la fibromialgia. El fracaso para manejar el estrés cotidiano puede suponer vivir en un estado de activación permanente que altera el equilibrio psicofisiológico del sujeto. Esto se traduce en un incremento de la tensión muscular, fatiga, irritabilidad, sentimientos de desmoralización, dificultades de sueño, etc., que van a empeorar los síntomas de la fibromialgia.

Por esta razón es necesario realizar una evaluación específica de las fuentes de estrés, de su afrontamiento y de sus efectos, y la prevención y manejo del estrés resulta una parte esencial de la intervención psicológica.

El estrés cotidiano puede abordarse a diferente niveles:

1. Disminuir demandas a las que se ve sometido el paciente cuando pueda existir un exceso de compromisos o actividades. Para ello resulta necesario una nueva forma de priorizar los objetivos teniendo en cuenta las limitaciones y necesidades especiales de autocuidado.
2. Aumentar los recursos del paciente, por ejemplo mediante el aprendizaje de técnicas de resolución de problemas, solución de conflictos interpersonales, asertividad (es decir, aprender a decir que no sin sentirse culpable, expresar deseos o hacer peticiones directamente), delegación de tareas, etc.
3. Modificar la interpretación de las contrariedades cotidianas. La interpretación de los sucesos potencialmente estresantes puede modificarse mediante técnicas de reestructuración cognitiva que permitan evaluar de forma objetiva y realista la situación.
4. Contrarrestar los efectos que el estrés produce a nivel físico, principalmente regulando la tensión muscular mediante técnicas de relajación.

7.3.5. *La tensión muscular*

Existen algunas evidencias científicas que indican que las personas con fibromialgia distinguen mal sus niveles de contracción muscular y mantienen unos niveles de tensión excesivos, con mayor frecuencia que en otros problemas de dolor crónico. En base a estos datos y al papel que la tensión muscular juega en el dolor crónico en general, es necesario introducir algún procedimiento para su regulación.

Uno de los procedimientos que suele recomendarse con frecuencia es el entrenamiento en biofeedback electromiográfico. Sin embargo, la evidencia científica sobre el tema es escasa y cuestionable, ya que no parece tener los efectos específicos que se le atribúan.

En general, el procedimiento más recomendable es la relajación.

La más utilizada en el dolor crónico es la relajación progresiva de Jacobson, ya que propicia que el sujeto sea consciente de sus respuestas musculares y que contrarreste el exceso de tensión muscular. Sin embargo, en la fibromialgia es necesario utilizarla con precaución, ya que la fase de contracción muscular provoca molestias

con mucha frecuencia. Este inconveniente puede resolverse haciendo esta fase tan breve y suave como sea posible u omitiéndola directamente. En este caso resulta necesario la utilización de sugerencias (calor o pesadez) en la línea del entrenamiento autógeno de Schultz.

Existe otro inconveniente con este método. Al basarse en las sensaciones corporales, aumenta la percepción de la tensión muscular tal y como pretende el procedimiento, pero también aumenta la percepción del dolor y otras sensaciones molestas de la fibromialgia. Este inconveniente puede entorpecer la relajación parcial o totalmente. Si la interferencia es pequeña, estos efectos pueden minimizarse con estrategias de focalización atencional en estímulos externos, por ejemplo en los sonidos del entorno, o con estrategias de visualización de imágenes de calma. Si no es posible una inducción de relajación suficiente puede ser necesario utilizar otros procedimientos específicos como la meditación zen con los ojos abiertos.

7.3.6. *Las dificultades del sueño*

Un gran porcentaje de pacientes con fibromialgia tiene problemas de sueño. Las dificultades más habituales son problemas para conseguir dormirse, un despertar temprano sin recuperar el sueño y cansancio al levantarse.

Las dificultades del sueño, además de suponer un problema importante para los pacientes, producen un agravamiento del resto de los síntomas de la enfermedad, empeorando el dolor y afectando al estado emocional.

Las estrategias empleadas para mejorar las dificultades del sueño suelen ser las siguientes:

- a) Medidas preventivas:
 - Hacer el que el lugar para dormir sea confortable, teniendo en cuenta la temperatura (no superior a 22°), los ruidos, colchón, etc.
 - Acostarse y levantarse a la misma hora.
 - No dormir durante el día.
 - Evitar tomar comidas copiosas o consumir estimulantes como el café antes de acostarse.
 - Hacer ejercicio físico diariamente.
- b) Pautas ante las dificultades del sueño:
 - Acostarse sólo cuando se tenga sueño.
 - Al acostarse recordar que se tienen dificultades para dormirse enseguida, pero que lo que se tiene que hacer es intentar relajarse y estar a gusto.
 - Mientras se permanece en la cama no dedicarse a pensar en todo lo que se tiene que hacer al día siguiente, en otras preocupaciones o en las molestias que se puedan sentir.
 - No leer, escuchar la radio o ver la televisión, a menos que estas actividades induzcan rápidamente el sueño. Por lo general suelen entretener y mantenerle a uno despierto.

- Si en un tiempo razonable no se concilia el sueño o comienza a haber signos de inquietud, levantarse e ir a alguna habitación donde se pueda permanecer hasta que aparezca el sueño. Durante este tiempo se puede realizar alguna actividad como escuchar música relajante o leer algo aburrido. Cuando se tenga sueño acostarse de nuevo. Repetirlo todas las veces que haga falta.
- En el caso de que levantarse de la cama sea demasiado costoso, puede intentarse permanecer en la cama realizando algún ejercicio de relajación.

7.3.7. *Nivel de actividad y fatiga*

Las personas con fibromialgia que experimentan fatiga intensa suelen intentar aliviarla mediante el descanso o la reducción de la actividad. Sin embargo, cuando esta reacción se convierte en el principal modo de afrontamiento de la fatiga, ésta no mejora sino que tiende a mantenerse o incrementarse. Esto ocurre porque la actividad reducida produce el descondicionamiento, esto es, efectos debilitadores y profundos en la mayoría de las funciones del organismo, con efectos sobre los músculos, el sistema cardiovascular y los procesos psicológicos, caracterizados estos últimos por la reducción del deseo de realizar actividad, incremento de la sensación de fatiga tras el ejercicio y por depresión. Así pues, una persona con fatiga puede tender a disminuir cada vez más su nivel de actividad, lo que producirá el descondicionamiento que a su vez empeorará la fatiga y de nuevo propiciará la intensificación de la inactividad, completándose un círculo vicioso que mantendrá y empeorará el problema.

Debido a este mecanismo, el mantenimiento e incremento gradual del nivel de actividad es una de las formas de mejorar la fatiga o de al menos evitar que ésta empeore aún más.

7.3.8. *Nivel de actividad y dolor*

Este tema y su abordaje no es específico de la fibromialgia, pero se detalla al ser una de las cuestiones que ejerce una mayor influencia en el curso de la enfermedad.

Cuando el dolor se asocia con ciertas actividades aparece una tendencia a evitarlas en lo posible. Esta disminución de la actividad acaba produciendo, al igual que ocurre con la fatiga, una menor tolerancia que empeora el dolor y que lleva a evitar aún más la actividad.

También es frecuente que las personas con fibromialgia, en los periodos en los que el dolor disminuye, aprovechen para realizar muchas tareas porque tienen trabajo atrasado, o que realicen actividades excesivamente intensas que habitualmente evitan. Esta actividad excesiva suele empeorar el dolor bien durante la realización de las actividades o bien tras un periodo de tiempo, generalmente al descansar. Este empeoramiento de los síntomas crea un círculo vicioso, generalmente porque se aca-

ba adoptando un patrón en el que se alterna la actividad excesiva con periodos de inactividad casi total. Este círculo vicioso puede verse agravado cuando el dolor aparece durante el descanso, ya que entonces el descanso necesario puede llegar a evitarse al asociarse con el empeoramiento del dolor.

En general, en las personas con fibromialgia, la disminución de la actividad suele afectar principalmente al ejercicio físico y a otras actividades “prescindibles” como relaciones sociales o actividades de ocio, mientras que el patrón alternante entre actividad excesiva e inactividad suele afectar principalmente al trabajo y a la realización de obligaciones en general.

Las estrategias empleadas en este tema son muy sencillas: aumento gradual de las actividades evitadas y evitación de los periodos de actividad excesiva.

Sin embargo, la evitación de los periodos de actividad excesiva es una medida que rara vez funcionan por sí sola. De hecho normalmente los pacientes ya conocen que actuar de esta manera puede prevenir la intensificación del dolor. Para que esta estrategia sea puesta en práctica es necesario también modificar algunos aspectos cognitivos, ya que las causas que dificultan su aplicación son de esta naturaleza. Por ejemplo, si el paciente decide trabajar a un ritmo inferior o dejar una tarea sin finalizar, a medio plazo puede evitar el empeoramiento del dolor, pero a corto plazo obtiene consecuencias negativas, ya que suelen activarse ideas de inutilidad. Con frecuencia, el balance entre las consecuencias inmediatas (negativas y seguras) y las diferidas (positivas pero inciertas) es claramente desfavorable.

Para que esta medida sea llevada a la práctica el paciente debe aprender a premiarse por los pasos realizados y no por el resultado final, y lograr nuevas formas de valoración personal independientes del rendimiento.

8. Eficacia de la intervención psicológica

La eficacia de la intervención psicológica en múltiples problemas de dolor crónico está ampliamente contrastada en la evidencia científica. En el caso de la fibromialgia todavía son escasos los estudios sobre el tema. Los resultados disponibles apuntan a que los efectos específicos de la intervención psicológica son discretos, al igual que ocurre con el resto de alternativas terapéuticas estudiadas. La combinación de estrategias, en forma de intervenciones multidisciplinares, tampoco logran incrementar la eficacia global del tratamiento en la proporción con la que esto ocurre en otros problemas de dolor crónico.

En la práctica clínica también se constata que los pacientes con fibromialgia, en general, responden peor que otros problemas de dolor a todo tipo de intervenciones o su combinación. Sin embargo, en la intervención psicológica se ha observado que cuando los pacientes escogen esta alternativa por propia iniciativa, los resultados suelen ser claramente superiores que si los pacientes participan exclusivamente por recomendación médica. En estos casos se han obtenido mejoras estadísticamente signifi-

cativas, que se mantenían a los tres meses de seguimiento, en el número de días en que se sienten bien, dolor, fatiga, cansancio matutino, rigidez y ansiedad. Esta observación sugiere que las características de los pacientes que escogen por propia iniciativa la intervención psicológica juega un papel decisivo. De hecho, como los efectos de este tipo de intervención dependen del propio paciente, hay estudios que muestran cómo una buena motivación para el cambio y atribuciones internas de control (creencia de que uno mismo puede influir en el curso de su enfermedad) resultan determinantes para la obtención de buenos resultados con la terapia cognitivo-conductual.

Referencias bibliográficas

- Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M. (1991): "The fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation", *The Journal of Rheumatology*, 18 (5), 728-733.
- De Gracia, M., Marco, M., Ruiz, J.L., Garabieta, F. (2001): "Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia", *Análisis y Modificación de Conducta*, 27 (116): 959-980.
- Melzack, R., Casey, K.L. (1968): "Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model", en D. Kenshalo (ed.): *The skin senses*. Springfield, Thomas, 423-443.
- Philips, H.C. (1988): *The psychological management of chronic pain*. N. York, Springer [traducción española (1991) *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Pirámide].

Bibliografía recomendada

- Crespo, M., Larroy, C. (1999): *Dolor crónico*. Madrid, UNED-FUE.
- Dijkstra, A., Vlaeyen, J.W., Rijnen, H., Nielson, W. (2001): "Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients", *Pain*, 90 (1-2), 37-45.
- Eich, W., Hartmann, M., Muller, A., Fischer, H. (2000): "The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome", *Scand Journal of Rheumatology*, Suppl., 113:30-1.
- Fibromialgia. *Manual de la Sociedad Española de Reumatología de las Enfermedades Reumáticas*. Madrid, Panamericana, 2000; 721-727.
- Fibromialgia. Reunión de Expertos. *Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal"*. Universidad de Salamanca. Salamanca, 18 y 19 de junio de 2001.
- Guía de Actuación en Atención Primaria* (2002): SemFYC; 794-797, 2^a ed.
- Pastor, M.A., López, S., Rodríguez, J., Juan, V. (1995): "Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia", *Psicothema*, 7 (3), 627-639.
- Vallejo, M.A., Comeche, M.I. (1994): *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I.J., Hebert, L. (1995): "The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population", *Arthritis Rheumatology*, 38:19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B. et al. (1990): "The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia", *Arthritis Rheumatology*, 33, 160-172.

RESUMEN:

La fibromialgia es una enfermedad crónica que aparece en personas relativamente jóvenes y que afecta sobre todo a mujeres. Es un trastorno frecuente y aunque no es grave, produce dolor y puede resultar bastante incapacitante. Sus causas son desconocidas y no tiene un tratamiento realmente eficaz. Esta situación provoca frustración tanto a enfermos como a médicos.

Este artículo expone algunos aspectos prácticos, derivados principalmente de la experiencia clínica con una perspectiva cognitivo-conductual, que pueden ayudar a una mejor comprensión y atención de estos enfermos.

PALABRAS CLAVE:

Fibromialgia, Terapia Cognitivo-conductual.

SUMMARY:

The fibromialgia is a chronic illness that appears in relatively young persons and that affects mainly women. It is a frequent disorder and although it is not extremely serious, produces pain and can turn out to be quite disabling. Their causes are unknown and its treatment is not really efficient.

This situation causes frustration both to patients and doctors. This article shows some practical aspects, derived mainly of the clinical experience with a cognitive-behavioral perspective, that can help to a better comprehension and attention of these patients.

KEY-WORDS:

Fibromyalgia, Cognitive-behavioral therapy.