

# La persona magullada

Estudios sobre la fibromialgia tal como la ve un psicólogo.  
¿Qué puede hacer usted después de decirle FM?

Mariano Bucero  
**Psicólogo**  
Madrid, junio de 2006

Curso de Especialista Universitario en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud  
ICOMEM 2005-2006

# Introducción

Hace poco que he entrado en el mundo de la fibromialgia como visitante. No sé si me quedaré como residente. Según he ido leyendo libros, folletos divulgativos, informes, progresivamente se me ha ido formando una imagen de las personas que sufren este síndrome como personas magulladas. Tal vez por las recurrentes referencias a sentirse “como si me hubieran dado una paliza” y en relación a la definición de magullar como “causar a un tejido orgánico contusión, pero no herida, comprimiéndolo o golpeándolo violentamente” (DRAE, 2003), que también tiene connotaciones de haber recibido una paliza. Una paliza dada por un experto, que no deja huellas por las que se pueda identificar al culpable. Ese es el drama de la fibromialgia (FM): no se encuentran daños, no se encuentran causas, no se encuentra curación, pero las personas magulladas son cada día más.

Esto ha motivado el título elegido para este trabajo, que es una expresión de esta imagen. Además es un homenaje a tres acontecimientos relevantes de la historia de la Psicología:

La publicación en 1893 de *Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*, la obra de Sigmund Freud (1856-1939), uno de los hitos de la medicina psicosomática, pero sobre todo una muestra de cómo un salto creativo de un punto de vista (el neurológico) a otro (la psicología de Janet), puede permitir actuar sobre una dolencia. Quizás el estudio de la fibromialgia necesite un salto de este tipo.

La edición en 1912 de *La psicología tal como la ve el conductista* de John Broadus Watson (1878-1958), iniciador del Conductismo, modelo cuya insistencia en la objetividad y en el rigor metodológico y terminológico, puede ser un ejemplo a seguir en la investigación sobre la fibromialgia, evitando que se convierta en un “cajón de sastre” donde se sitúe todo lo que no suponga dolor y no pueda ser definido.

La terminación en 1970 de la obra *¿Qué dice usted después de decir hola?* de Eric Berne (1910-1970), creador del Análisis Transaccional, modelo que utiliza una terminología muy sencilla, sencillez explicativa que sería muy útil en el tratamiento de la fibromialgia

He utilizado reiteradamente términos como la persona enferma, persona afectada, porque aunque sean una muy minoría muy silenciosa, conviene tener presente que hay hombres afectados de fibromialgia, que tienen derecho a ser evaluados, diagnosticados y tratados.

**La persona magullada**

M.Bucero [www.psicologoclinico.org](http://www.psicologoclinico.org) [info@psicologoclinico.org](mailto:info@psicologoclinico.org)

# Índice

Introducción

Índice

<b>1.</b>	<b>Estudios sobre la fibromialgia .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.</b>	<b>Definición .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2.</b>	<b>Historia .....</b>	<b>1</b>
<b>1.3.</b>	<b>Prevalencia.....</b>	<b>3</b>
<b>1.4.</b>	<b>Características.....</b>	<b>5</b>
<b>1.4.1.</b>	<b>Características básicas.....</b>	<b>5</b>
1.4.1.1.	El dolor difuso .....	9
1.4.1.1.1.	Características .....	9
1.4.1.1.2.	Intensidad .....	9
1.4.1.1.3.	Localización .....	9
1.4.1.1.4.	Temporalidad.....	10
1.4.1.1.5.	Inicio .....	10
1.4.1.1.6.	Influencias .....	10
1.4.1.2.	Dolor en puntos sensibles .....	10
1.4.1.3.	Duración .....	11
<b>1.4.2.</b>	<b>Otras características.....</b>	<b>11</b>
1.4.2.1.	En los sistemas somáticos .....	11
1.4.2.1.1.	Músculo- esqueléticas .....	11
1.4.2.1.2.	Dermatológicas.....	12
1.4.2.1.3.	Neurológicas y endocrinas .....	12
1.4.2.1.4.	Gastrointestinales.....	13
1.4.2.1.5.	Genitourinarias .....	13
1.4.2.1.6.	Cardiovasculares.....	13
1.4.2.1.7.	Respiratorias y alérgicas .....	14
1.4.2.1.8.	Inmunológicas .....	14
1.4.2.2.	En las actividades.....	14
1.4.2.2.1.	La dormición .....	15
1.4.2.2.2.	La alimentación .....	16
1.4.2.2.3.	El ejercicio .....	16
1.4.2.2.4.	La sexualidad .....	16
1.4.2.3.	En los procesos psíquicos.....	17
1.4.2.3.1.	Emocionales .....	17
1.4.2.3.2.	Cognitivos .....	18
1.4.2.3.3.	Conductuales.....	19
1.4.2.3.4.	Personalidad.....	19
1.4.2.4.	En los procesos sociales .....	19
1.4.2.4.1.	Generales .....	19
1.4.2.4.2.	Pareja .....	20
1.4.2.4.3.	Familia .....	20
1.4.2.4.4.	Amistades.....	21
1.4.2.4.5.	Relaciones laborales .....	21
1.4.2.4.6.	Relación con los médicos.....	22
<b>1.5.</b>	<b>Hipótesis etiológicas.....</b>	<b>22</b>
<b>1.5.1.</b>	<b>Somatógenas.....</b>	<b>23</b>
1.5.1.1.	Referentes al origen .....	23
1.5.1.1.1.	Genéticas .....	23

1.5.1.1.2.	Constitucionales .....	24
1.5.1.1.3.	Tóxicas .....	24
1.5.1.1.4.	Infecciosas.....	24
1.5.1.2.	Referentes al proceso .....	25
1.5.1.2.1.	Teoría muscular.....	25
1.5.1.2.2.	Teoría neuroendocrina .....	26
1.5.1.2.3.	Teoría neurógena .....	27
1.5.1.2.4.	Teoría de los factores desencadenantes .....	30
<b>1.5.2.</b>	<b>Psicógenas .....</b>	<b>31</b>
<b>1.6.</b>	<b>Diagnóstico .....</b>	<b>31</b>
<b>1.6.1.</b>	<b>Perfil de riesgo .....</b>	<b>31</b>
<b>1.6.2.</b>	<b>Diagnóstico positivo .....</b>	<b>32</b>
1.6.2.1.	Criterios .....	32
1.6.2.2.	Clasificación de la fibromialgia .....	33
1.6.2.3.	Escalas de valoración.....	34
<b>1.6.3.</b>	<b>Diagnóstico diferencial .....</b>	<b>34</b>
1.6.3.1.	Con enfermedades somáticas.....	34
1.6.3.2.	Con enfermedades psiquiátricas .....	37
<b>1.6.4.</b>	<b>Comorbilidad .....</b>	<b>38</b>
1.6.4.1.	Con otros síndromes .....	38
1.6.4.2.	Psiquiátricos .....	38
<b>1.6.5.</b>	<b>Evaluación médico-legal.....</b>	<b>39</b>
<b>2.</b>	<b>... tal como la ve un psicólogo.....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.</b>	<b>Psicosomática .....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.1.</b>	<b>Modelo de procesos de diagnóstico y tratamiento .....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.2.</b>	<b>Sonde sobre el término psicossomático.....</b>	<b>44</b>
2.1.2.1.	Supuestos.....	44
2.1.2.2.	Diseño del cuestionario .....	45
2.1.2.3.	El sondeo.....	46
2.1.2.4.	La muestra.....	46
2.1.2.5.	Los datos .....	46
2.1.2.6.	Comentario .....	47
2.1.2.7.	Conclusión.....	48
<b>2.1.3.</b>	<b>La fibromialgia como enfermedad psicossomática .....</b>	<b>57</b>
<b>2.2.</b>	<b>El dolor .....</b>	<b>57</b>
<b>2.3.</b>	<b>Los trastornos psíquicos concomitantes y resultantes.....</b>	<b>59</b>
<b>3.</b>	<b>¿Qué puede hacer usted después de decirle FM?.....</b>	<b>64</b>
<b>3.1.</b>	<b>Actuaciones .....</b>	<b>64</b>
<b>3.1.1.</b>	<b>Orientación REB.....</b>	<b>64</b>
<b>3.1.2.</b>	<b>Quién conviene que la trate y cómo .....</b>	<b>65</b>
<b>3.1.3.</b>	<b>Intervención educativa.....</b>	<b>67</b>
<b>3.1.4.</b>	<b>Plan de Actuación Saludable (PAS).....</b>	<b>69</b>
<b>3.1.5.</b>	<b>Tratamientos corporales.....</b>	<b>75</b>
3.1.5.1.	Balneoterapia .....	75
3.1.5.2.	Masaje .....	75
3.1.5.3.	Alivio miofascial .....	75
3.1.5.4.	Terapia de los puntos desencadenantes.....	75
3.1.5.5.	Terapia craneosacral.....	75
3.1.5.6.	Estimulación por EEG .....	75

3.1.5.7.	Quiropráctica .....	75
3.1.5.8.	Osteopatía .....	76
<b>3.1.6.</b>	<b>Farmacología .....</b>	<b>76</b>
3.1.6.1.	Analgésicos .....	76
3.1.6.2.	Coanalgésicos .....	76
3.1.6.3.	Coadyuvantes.....	77
3.1.6.4.	Otras intervenciones medicamentosas convencionales.....	77
3.1.6.5.	Intervenciones medicamentosas alternativas.....	78
<b>3.1.7.</b>	<b>Tratamientos psicológicos .....</b>	<b>78</b>
3.1.7.1.	Terapias frecuentemente empleadas .....	78
3.1.7.2.	Terapias que pueden emplearse .....	79
3.1.7.2.1.	Terapias psicofísicas .....	79
3.1.7.2.2.	Hipnoterapia .....	80
3.1.7.2.3.	Terapias verbales emocional-comprensivas .....	81
3.1.7.2.4.	Terapia de conducta .....	82
3.1.7.2.5.	Terapias cognitivo-conductuales .....	82
3.1.7.2.6.	Terapias psicosociales .....	83
3.1.7.2.7.	<b>Grupos de A.T.</b> .....	<b>84</b>
<b>3.1.8.</b>	<b>Otros tratamientos .....</b>	<b>84</b>
3.1.8.1.	El yoga.....	84
3.1.8.2.	Terapia ocupacional .....	84
3.1.8.3.	Homeopatía .....	85
3.1.8.4.	Fitoterapia.....	85
3.1.8.5.	Acupuntura .....	85
3.1.8.6.	Shiatsu.....	85
3.1.8.7.	Flores de Bach .....	85
<b>3.2.</b>	<b>Evolución y pronóstico .....</b>	<b>85</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>87</b>

# 1. Estudios sobre la fibromialgia...

## 1.1. Definición:

Utilizaremos una combinación de la propuesta por Comeche y Martín, por Paulino, Mulero y Peña y por Blanch (en Castro 2003)

Es un síndrome (conjunto de síntomas) caracterizado por dolor (algia) en los músculos (mio) y en el tejido fibroso (fibro) (ligamentos y tendones)

Los términos que se han aplicado a este síndrome o han sido su sinónimo han sido múltiples. Según Mulero (1994) (citado por Molins 2005), cabría mencionar los siguientes:

Agotamiento nervioso crónico, Áreas de hipersensibilidad, Áreas de lesión, Áreas sensitivas, Astenia neurocirculatoria, Callos musculares, Depósitos sensitivos, Disfunción del dolor miofascial, Dolor musculofascial, Endurecimiento muscular, Esfuerzo ocupacional, Fibromiositis, Fibrositis de tensión de las piernas, Fibrositis primaria, Herniaciones grasas, Lesión por esfuerzo repetitivo, Mialgia, Mialgia ocupacional, Mialgia Tensional, Mialgia tensional del suelo pélvico, Miodisneuria, Miofascitis, Miofibrositis, Miofibrositis intersticial, Miofibrositis traumática, Miopatía funcional, Miopatía reumática, Miositis, Miositis reumática, Muskelchwiele, Muskelharte, Myelasthenia, Myogelose, Myopathia E labore, Neurastenia esplácnica, Neurofibrositis, Neurosis de ansiedad, Neurosis traumática, Reumatismo crónico, Reumatismo muscular, Reumatismo nodular, Reumatismo psicógeno, Reumatismos de partes blandas, Síndrome de amplificación del dolor, Síndrome de las zonas gatillo, Síndrome de los puntos gatillo, Síndrome del esfuerzo repetitivo, Síndrome del punto de presión, Síndrome del sobreuso ocupacional, Síndrome Escapulocostal, Síndrome Miotensivo, Síndrome piriforme, Síndrome cervicobranquial, Síndrome de dolor miofascial, Síndrome del dolor crónico, Síndrome del punto nervioso, Síndrome del sueño no reparador, Síndrome Fibropático, Síndrome lumbar bajo, Síndrome mioespástico, Trastorno Cervicobraquialgia ocupacional, Trastorno de la modulación de dolor reumático, Tensión de cuello, Trastorno por trauma acumulativo ( Ref.: Mulero, Juan., (1994) Fibromialgia: Actualización y nuevas perspectivas. Madrid. ICN HUBBER pág. 9 ). Además habría que añadir Síndrome Poliálgico Idiomático Difuso (SPID)

Cuadro I - Términos sinónimos y/o asociados al síndrome fibromiálgico

## 1.2. Historia:

A finales S.XIX, Beard describió un cuadro clínico cuya característica fundamental era dolor generalizado, lo denominó "miolastenia" y posteriormente fue considerado cerca de la neurastenia (Lafuente et al. 2005)

En 1904, Gowers acuñó el término "fibrositis": dolor generalizado de carácter difuso y cambiante que afectaba a vainas tendinosas, músculos y articulaciones. Supuso que había una base inflamatoria, aunque los afectados no manifestaban signos de tal. (Lafuente et al. 2005) (Quevedo 2004) (Marín 2006)

En 1927, Albee le aplicó la denominación de "miofibrositis" o "fibromiositis". Con ignorancia de etiología, límites de descripción confusos que dejaba posibilidad de incluirlo en otras patologías (Lafuente et al. 2005) (Muriel et al 2001)

En 1939 Steindler lo denominó con el término "dolor miofascial" y se habla ya de puntos dolorosos (Muriel et al. 2001)

En 1950, con los avances en inmunología y mayor conocimiento de etiopatogenia de enfermedades reumáticas, se la excluye de los cuadros con base inmunológica. Se describe como proceso de origen incierto, que cursa con dolores difusos, fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño. Se vuelve a nombrarlo como "fibrositis" (Lafuente et al. 2005)

1970 un equipo médico canadiense identificó los puntos sensibles, puntos gatillo (tender point TP) y los relacionó con la fatiga, malestar y complicaciones del sueño. Se creyó que era debida a una percepción anómala, aumentada, del dolor. (Quevedo 2004)

En la década de los 70 se describen y agrupan todos los síntomas, pero no se consiguió consenso para clasificar y definir el proceso (Lafuente et al. 2005)

Hench en 1976 propone el término "fibromialgia" (Lafuente et al. 2005) (Marín 2006)

A partir de ahí surgen dos líneas:

Wolfe et al: proponían que la presencia de puntos sensibles (TD) era suficiente para el diagnóstico como fibromialgia

Yunus et al: se decantan por una combinación de síntomas característicos y puntos sensibles, requiriendo la presencia de sólo 2 de estos. (Marín 2006)

En la década de los 80 proliferan los estudios epidemiológicos, intentando delimitar bien esta patología. Surgen las denominaciones de "fibromialgia", "síndrome miofascial" y

"tendomiopatía generalizada". Se decide adoptar el término "fibromialgia" utilizándose el de "síndrome miofascial" para otras patologías más localizadas. (Lafuente 2005)

En 1990 el American College of Rheumatology (ACR), a través de un Comité de Criterios Multicéntrico que estudió 558 personas enfermas (293 con fibromialgia y 265 controles) desarrolló los criterios que se utilizan actualmente (Marín 2006) (Wolfe et al. 1990)

En 1992 es reconocida por la OMS, en 1993 se le incorpora al ICD-9 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) (Marín 2006) (Quevedo 2004) y actualmente está clasificada en el ICD-10 con el código M 79,0 (Muriel et al. 2001) (Paulino, Mulero y Peña) (Lafuente 2005). Está reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) con el código xx33 x8a..(Lafuente 2005)

### 1.3. Prevalencia:

Según el Blanch (Castro 2003) la fibromialgia ( en adelante FM) afecta a todas las razas y culturas. No obstante los datos de prevalencia varían notablemente según la fuente, como puede verse en el siguiente resumen:

Fuente	Datos
Paulino, Mulero y Peña (AFIBROM)	Entre 2% y 4% de la población general. En España se calculan 800.000 y en Madrid más de 100.000
Marín (2006) basado en García-Campayo	En España del 2% al 3% de la población
Blanch (Castro 2003)	1% de personas adultas
Quevedo (2004)	2% a 4% de población
Nazaret de Silva, Presidenta de AFIBROM (Lafuente et al.2005)	2,7 % de la población
Lafuente et al. (2005)	1% a 2% (pág.23) Citando a González y Alegre (1998) 5% en España (5,95 para mujeres y 0,75% para hombres) (pág.27) 1% a 4% en los países desarrollados (pág.56) 2,7% en España (4,2% para mujeres y =,2% para hombres) (pág.56)
Martínez et al. (2003)	2% al 4% de la población
Tornero et al. (2001)	En España 2,4% de media (variaciones entre 1,5% a 3,2%)
Martínez Lavín (2006)	2% de la población
María del Carmen Ruiz de AFIGRANCA (comunicación personal 2006)	4% . En Canarias 60.000 afectados
Margarita Pascual, Presidenta de ABAF (comunicación personal 2006)	3% a nivel mundial

Cuadro II - Datos de prevalencia de fibromialgia en la población

Hay pues, una gran variabilidad en estos datos: del 1% al 5%, lo que supondría una diferencia entre 400.000 o 2.000.000 de afectados en toda España.

Ante ésta variabilidad puesto en contacto con varias asociaciones de fibromialgia solicitándoles datos de prevalencia, han contestado amablemente algunas (AFIGRANCA, ABAF, AFIBROSE, ASTER, FF) dando en algún caso sus apreciaciones de los datos requeridos y en general comunicando que hay una escasez de datos generales. En relación con ello, Emilia Altarriba, Presidenta de la Fundación FF (Fundación de Afectados y Afectadas de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica), comunicó que según el Presidente del Comité Científico de dicha Fundación, Dr. Jordi Carbonell Padró, hay un estudio realizado en toda España que está pendiente de próxima publicación y con datos parecidos a los estudios de la Sociedad Española de Reumatología (EPISER y EPIDOR) (comunicación personal). Cuando se publique aparecerá en la página web de la FF.

Los datos de la incidencia en la consulta de medicina general varían entre el 5,6% (Wolfe 1993 citado por Lafuente et al 2005), del 6% al 7% (Marín 2006), del 8% al 10% (Lafuente et al 2005 pág. 56), siendo de entre el 12% o 15% al 20% la incidencia en la consulta reumatológica, tanto ambulatoria como hospitalaria (Lafuente et al 2005). Wolfe et. al. (1996) (citado por Lafuente et al. 2005), y referente a U.S.A. dicen que en 1996 había una media de 10 visitas médicas anuales, consumo de 2,7 fármacos cada período de 6 meses, una hospitalización cada 3 años y mayor probabilidad de sufrir una intervención quirúrgica

En cuanto a la proporción por sexos tenemos:

Fuente	Datos
Paulino, Mulero y Peña (AFIBROM)	80% a 90% son mujeres.
Marín (2006) basado en García-Campayo	Cerca del 75% son mujeres. Predominio 7/1
Blanch (Castro 2003)	90% son mujeres. Predominio 9/1
Quevedo (2004)	80% a 90% son mujeres
Lafuente et al. (2005)	90% son mujeres. Predominio 8/1
Martínez Lavín (2006)	80% a 90% son mujeres
María del Carmen Ruiz de AFIGRANCA (comunicación personal 2006)	Predominio 9/1. Entre sus asociados 97% son mujeres.
Margarita Pascual, Presidenta de ABAF (comunicación personal 2006)	Predominio 10/1

Cuadro III - Datos de prevalencia por sexos de la fibromialgia

Referente a las edades, los datos observados son:

Fuente	Datos
Paulino, Mulero y Peña (AFIBROM)	Entre 30 y 50 años
Marín (2006)	Pico de entre 35 a 55 años
Blanch (Castro 2003)	Más en edades medias y más rara en avanzadas
Quevedo (2004)	Entre 30 y 50 años
Lafuente et al. (2005)	Menor incidencia entre los 18 y 29 años Edad media de inicio: FM primaria: 44,7 años FM secundaria: 51,9 años
María del Carmen Ruiz de AFIGRANCA (comunicación personal 2006)	Entre sus asociados. Edad promedio de mujeres 51 años y de los hombre 41 años

Cuadro IV - Datos de prevalencia por edades de la fibromialgia

En lo relativo a la FM infantil, Lafuente et al. (2005) mencionan que la relación mujer/hombre es de 3/1, Quevedo (2004) que es poco usual y que de edad inferior a 20 años son solo el 5% de los casos. Blanch (Castro 2003) también menciona los casos de FM infantil. Al respecto es muy de tener en cuenta el comentario de Margarita Pascual, Presidente de ABAF acerca de que es posible que de pequeños quizás se desconozca que parte de lo que ocurre pueda ser una enfermedad.

## 1.4. Características:

### 1.4.1. Características básicas:

Los criterios originales del American College of Rheumatology (ACR) aparecen en su página web [www.reumathology.org](http://www.reumathology.org) (reproducida en la página 8 de este trabajo). La siguiente exposición se basa en la traducción de dichos criterios, modificando la redacción para que sea más ligera e introduciendo comentarios propios en cursiva o con subrayado. Los criterios son:

- **Historia de dolor generalizado:**

- Definición: el dolor se considera generalizado cuando se dan todas las condiciones siguientes:
- Dolor en el lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. *Es decir: en todos y cada uno de los cuatro cuadrantes del cuerpo.*

- Además, debe haber dolor en el esqueleto axial (en la columna cervical, o en el pecho, o en la columna dorsal, o en la parte baja de la espalda). En esta definición el dolor de hombro y de nalga se considera como dolor de su lado correspondiente. *(por ej. el dolor del hombro izquierdo “contabiliza” en el cuadrante superior izquierdo, y el de la nalga derecha “se apunta” en el cuadrante inferior derecho)* El dolor de la parte baja de la espalda se considera del segmento inferior. *(sea el cuadrante inferior izquierdo o el derecho)*
- **Dolor, en la palpación con los dedos, en 11 de los 18 puntos sensibles**
  - Definición: el dolor, en la palpación con los dedos, debe estar presente en 11 de los 18 lugares siguientes:
    - Occipital: a ambos lados: inserciones del músculo suboccipital
    - Cervical inferior: a ambos lados: en la cara anterior de los espacios intertransversales de C5-C7
    - Trapecio: a ambos lados: punto intermedio del borde superior
    - Supraespinoso: a ambos lados, en el origen, por encima de la espina escapular cerca del borde medial
    - Segunda costilla: a ambos lados: en la segunda unión costochondrial, exactamente al lado de las uniones con las superficies superiores
    - Epicondilo lateral: a ambos lados: a 2 cm. en sentido distal de los epicondilos
    - Glúteo: a ambos lados: en el cuadrante superior externo de las nalgas.
    - Trocánter mayor: a ambos lados, posterior a la prominencia trocántica
    - Rodilla: a ambos lados, bola adiposa medial proximal a la línea de la articulación
  - La palpación con los dedos debe ser ejercida con una fuerza aproximada de 4 Kg.
  - Para que un punto sensible sea considerado “positivo” el sujeto debe declarar que la palpación ha sido dolorosa. “La sensibilidad no es considerada dolorosa”

A efectos de clasificación, podrá considerarse que las personas afectadas tienen fibromialgia si satisfacen ambos criterios. El dolor generalizado debe haber estado presente por lo menos 3 meses. La presencia de otros trastornos clínicos secundarios no excluye el diagnóstico de fibromialgia.

La localización visual de los puntos sensibles aparece en la siguiente figura (Marín 2006):

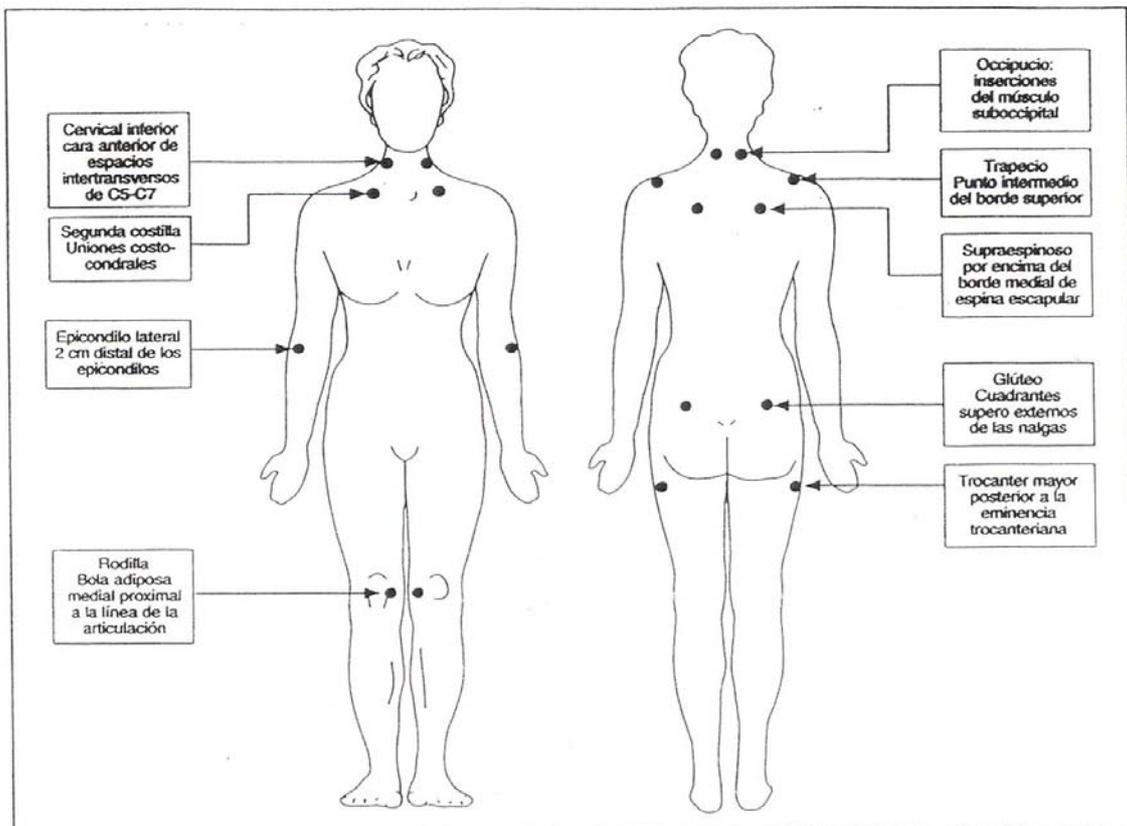


Fig. 1 – Localización de los puntos sensibles

[Back to Classification Criteria](#)

1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia

**1. History of widespread pain.**

**Definition.** Pain is considered widespread when all of the following are present: pain in the left side of the body, pain in the right side of the body, pain above the waist, and pain below the waist. In addition, axial skeletal pain (cervical spine or anterior chest or thoracic spine or low back) must be present. In this definition, shoulder and buttock pain is considered as pain for each involved side. "Low back" pain is considered lower segment pain.

**4 Pain in 11 of 18 tender point sites on digital palpation.**

**Definition.** Pain, on digital palpation, must be present in at least 11 of the following 18 sites:

**Occiput:** Bilateral, at the suboccipital muscle insertions.

**Low cervical:** bilateral, at the anterior aspects of the intertransverse spaces at C5-C7.

**Trapezius:** bilateral, at the midpoint of the upper border.

**Supraspinatus:** bilateral, at origins, above the scapula spine near the medial border.

**Second rib:** bilateral, at the second costochondral junctions, just lateral to the junctions on upper surfaces.

**Lateral epicondyle:** bilateral, 2 cm distal to the epicondyles.

**Gluteal:** bilateral, in upper outer quadrants of buttocks in anterior fold of muscle.

**Greater trochanter:** bilateral, posterior to the trochanteric prominence.

**Knee:** bilateral, at the medial fat pad proximal to the joint line.

Digital palpation should be performed with an approximate force of 4 kg.

For a tender point to be considered "positive" the subject must state that the palpation was painful. "Tender is not to be considered "painful."

**5 For classification purposes, patients will be said to have fibromyalgia if both criteria are satisfied. Widespread pain must have been present for at least 3 months. The presence of a second clinical disorder does not exclude the diagnosis of fibromyalgia.**

*Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.*

#### **1.4.1.1. El dolor difuso:**

En la bibliografía se utiliza frecuentemente el término dolor difuso. Sin embargo el término inglés *widespread* tiene el sentido de extendido, general, muy difundido, (García-Pelayo 1983) mientras que el término español *difuso* tiene el sentido de ancho, dilatado, excesivamente dilatado, superabundante en palabras, pero también tiene el sentido de vago, impreciso. (Real Academia Española 2001). Utilizar *difuso* tiene desde luego la ventaja de indicar que el dolor en la FM además de general es impreciso, pues tal impresión produce la forma en que lo describen las personas afectadas

##### **1.4.1.1.1. Características:**

Dolor difuso afectando gran parte del cuerpo y que se puede describir como quemazón, molestia o desazón (Paulino, Mulero y Peña), generalizado, descrito como “quemor” “desazón” “calambres” “pinchazos” (Blanch en Castro 2003) (Quevedo 2004)

##### **1.4.1.1.2. Intensidad:**

Gran intensidad, mayor que en otros procesos graves (por ej. en la artritis reumatoide) presentando hiperalgesia a la presión leve (Lafuente et al 2005)

Paulino, Mulero y Peña comentan que varía en relación con el nivel de actividad, los cambios climáticos, la falta de sueño o el estrés y Blanch (Castro 2003) también dice que los cambios de clima lo agravan.

##### **1.4.1.1.3. Localización:**

Tal como se ha descrito en los criterios de la ACR afecta a ambos lados del cuerpo (por encima y por debajo de la cintura) y al esqueleto axial (Marín 2006). En los cuatro cuadrantes del cuerpo, en toda o parte de la columna vertebral, ya que más de 75% del dolor es en todo el esqueleto axial y el 97% de dolor es en alguna parte de él (Lafuente et al 2005). Blanch (Castro 2003) habla de “totalgia” y Quevedo (2004) dice que nunca afecta a las articulaciones. Por otro lado Lafuente et al (2005) también dicen que hay una gran variabilidad en la localización y Paulino, Mulero y Peña comentan que las personas lo localizan en los huesos, músculos y tendones.

Martínez Lavín (2006) dice que muchas personas lo ubican principalmente en los músculos, huesos y articulaciones, pudiendo ser más acusado en el cuello, en la parte baja de la espalda o en las piernas.

#### **1.4.1.1.4. Temporalidad:**

Es crónico en el sentido de que viene apareciendo desde hace tiempo (3 o más meses según la ACR).

En cuanto a lo diario, Castro (2003) lo describe como continuo, pero que puede tener variaciones de intensidad. Paulino, Mulero y Peña comentan que varía en relación con la hora del día, la actividad física, la falta de sueño o el estrés y Quevedo (2004) expone que puede ser constante durante el día, o variar desde la mañana hasta la hora de acostarse dependiendo de la climatología o la actividad física.

Martínez Lavín (2006) dice que las primeras horas de la mañana suelen ser las más difíciles

#### **1.4.1.1.5. Inicio:**

A veces comienza de forma generalizada y otras en un área determinada (hombros, cuello, columna lumbar) y desde ahí se extiende (Paulino, Mulero y Peña) (Blanch en Castro 2003)

#### **1.4.1.1.6. Influencias**

Los cambios de tiempo, el ambiente frío, la humedad influyen en el dolor (Paulino, Mulero y Pena) (Lafuente et al 2005) (Blanch en Castro 2003)

También lo agrava el estrés, el estado de ánimo, depresión (Lafuente et al 2005) (Paulino, Mulero, Peña), así como la mala calidad del sueño, la experiencia previa de dolor y el ambiente socio-familiar (Lafuente et al 2005). Igualmente le influyen las fluctuaciones hormonales (estados premenstrual o menopáusico), la ansiedad y el ejercicio mayor del habitual. (Paulino, Mulero, Peña)

#### **1.4.1.2. Dolor en los puntos sensibles:**

Los tender points (TP), puntos sensibles, puntos gatillo o puntos dolorosos, son zonas de tropismo miofascial, coincidentes por lo general con protuberancias óseas (Lafuente et al 2005). Anteriormente se ha mencionado su localización

### 1.4.1.3. Duración:

La duración de estos dos síntomas (dolor difuso y dolor en 11 TP) debe ser de al menos 3 meses, pero en muchos casos llevan existiendo junto con otras características desde hace años.

## 1.4.2. Otras características:

### 1.4.2.1. En los sistemas somáticos

#### 1.4.2.1.1. Músculo-esqueléticas:

##### **Rigidez:**

Afecta del 76 al 84% de las personas afectadas (Lafuente et al 2005)

Al levantarse por las mañanas (Marín 2006) (Paulino, Mulero, Peña) muchos la padecen, afecta a todo el cuerpo especialmente después de tiempo prolongado de no cambiar de postura (Quevedo 2004). Rigidez matutina que mejora en el transcurso del día

Es variable en su duración y suele ser menor que en las enfermedades inflamatorias reumáticas. Desaparece lentamente con el ejercicio y la movilidad y la mayoría de las personas afectadas no lo consideran un problema principal.(Lafuente et al 2005)

##### **Dolor en músculos faciales:**

Suele haber una disfunción temporo-mandibular (Marín 2006), y afecta al 33% (Quevedo 2004). Martínez Lavín menciona este bruxismo.

##### **Piernas inquietas:**

En el 30% hay una necesidad de mover constantemente piernas y brazos sea sentado o acostado. (Quevedo 2004).

Martínez Lavín (2006) también menciona este síndrome.

Puede aparecer además **hiperlaxitud articular**, más frecuente en niños (Lafuente et al 2005), **dolor lumbar** (Marín 2006), **entumecimiento** y **espasmos** (sobre todo nocturnos) (Comeche y Martín)

Martínez Lavín (2006) afirma que hay una relación entre la movilidad extrema de las articulaciones y la FM.

#### **1.4.2.1.2. Dermatológicas:**

Son comunes el picor, escozor o hinchazón local, sobre todo en manos o pies.

Los ojos y la boca pueden estar anormalmente secos, sobre todo como efecto de medicamentos (Quevedo 2004). A diferencia con el síndrome de Sjogren, no hay inflamación de las glándulas que producen lágrimas y saliva (Martínez Lavín 2006)

La sequedad de boca aparece con más frecuencia que en las personas sanas (Paulino, Mulero y Peña) (Blanch en Castro 2003) (Lafuente et al 2005)

La sensibilidad cutánea está aumentada, pudiendo aparecer **hiperemia** (abundancia extraordinaria de sangre en una parte del cuerpo) y **livedo reticularis** (aspecto marmóreo, violáceo y reticulado de la piel debido a mala irrigación cutánea) (Lafuente et al 2005). También es mencionada por Martínez Lavín (2006) que dice que este síntoma aunque discreto y compartido con otras enfermedades (lupus eritematoso y síndrome antifosfolípido) es muy característico de la FM.

#### **1.4.2.1.3. Neurológicas y endocrinas:**

**Hipervigilancia** a los estímulos del dolor (Castro 2004) e **hiperexcitabilidad** ya que el Sistema Nervioso está constantemente excitado haciendo que luz, sonidos o sensaciones sean ahora molestas o incluso dolorosas (Quevedo 2004)

**Parestesias** y **disestesias** con hormigueos sobre todo en manos (Paulino, Mulero y Peña) (Marín 2006) (Martínez Lavín 2006), sensación de manos dormidas, acorchamiento, pinchazos, ardor, hinchazón matutina, agarrotamiento (a veces síndrome del túnel del carpo) (Blanch en Castro-Villalba 2003) (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005)

Pueden aparecer **migrañas**, **mareos** (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) (Martínez Lavín 2006), **náuseas** y **vómitos** (Lafuente et al 2005) bien por la propia enfermedad o por efecto de la medicación (por ej., opiáceos)

En algunos casos puede aparecen un aumento de peso (Quevedo 2004) y bajos niveles de serotonina y altos de sustancias P (Blanch en Castro 2003) (Marín 2006)

Lafuente et al (2005) mencionan que algunos proponen como buen marcador bioquímico de presencia de FM, una disminución conjunta de niveles de GH y cortisol y aumento de prolactina. La hiperprolactinemia se observa en el 70% de las enfermas de FM.

#### **1.4.2.1.4. Gastrointestinales:**

Síndrome de intestino irritable (SII) o cólon irritable (Lafuente et al 2005) (Paulino, Mulero y Peña) (Marín 2006) (Blanch en Castro 2003) (Quevedo 2004), afirmando este último que en el 60% hay una alternancia entre estreñimiento y diarrea, gases e hinchazón abdominal (Quevedo 2004)

Para Martínez Lavín (2006) este síndrome afecta del 30% al 50% de las personas afectadas: sensación de distensión en el vientre, cólicos aumento de gas, períodos de estreñimiento y de diarrea, y sensación de evacuación intestinal incompleta.

#### **1.4.2.1.5. Genitourinarias:**

Disuria (dificultad para orinar) y nicturia (Lafuente et al 2005). La sensación de tener la vejiga llena y ganas de orinar, puede provocar cistitis intersticial, no infecciosa (Quevedo 2004) (Martínez Lavín 2006). Está presente el síndrome uretral femenino (Marín 2006) (Lafuente et al. 2005)

También hay dolor, ardor o comezón en la zona vaginal, pudiendo haber endometriosis que puede provocar dolor pélvico con calambres durante la menstruación, dolor en las relaciones sexuales y después de evacuar el intestino (Martínez Lavín 2006)

Aparece también dismenorrea (Lafuente et al. 2005) (Marín 2006) y dolores menstruales (Paulino, Mulero y Peña) (Blanch en Castro 2004)

#### **1.4.2.1.6. Cardiovasculares:**

Quevedo (2004) menciona que el 75% de las personas afectadas tienen prolapso de la válvula mitral, mientras que Lafuente et al (2005) comentan que puede aparece a veces, mientras para ambas fuentes es más frecuente el dolor torácico.

Quevedo (2004) menciona específicamente dolores en el pecho al inclinarse, con jadeos y problemas posturales de la mitad superior del cuerpo, al igual que febrícula y fiebre.

Martínez Lavín (2006) habla de palpitaciones con dolores en la zona del corazón, pueden incluso sentir pinchazos acompañados de percepción de fuertes latidos. El mareo es también un síntoma frecuente que en raras ocasiones evoluciona a desmayo.

También manos frías y amoratadas, fenómeno de Raynaud: constricción violenta de los vasos de las manos y pies como respuesta al frío. (Martínez Lavín 2006)

Los trastornos de circulación sobre todo en manos y pies son padecidos con mayor frecuencia que en personas sanas (Paulino, Mulero y Peña)

Martínez Lavín (2006) habla de que pueden tener la tensión arterial baja: presión sistólica por debajo de 100.

#### **1.4.2.1.7. Respiratorias y alérgicas**

Aparecen disneas (Lafuente et al 2005) y apneas del sueño (Lafuente et al.2005) (Quevedo 2005). También alergias como fiebres del heno (Quevedo 2004) y rinitis (Lafuente et al 2005) (Quevedo 2004). Este último señala que existe una notable sensibilidad a las sustancias químicas.

Martínez Lavín (2006) dice que las personas fibromiálgicas pueden presentar diversos tipos de reacciones alérgicas sea en la piel, o con irritación en los ojos y catarros recurrentes.

#### **1.4.2.1.8. Inmunológicas:**

La candidiasis (producida por la *Candida albicans*, hongo que suele encontrarse en tracto digestivo y genital) es frecuente y según Carol Jessop (citada por Quevedo 2004) se da en un 90% e las personas afectadas, porque la mayoría han sido tratados con antibióticos. Al desaparecer los microorganismos que compartían el cuerpo con la *Candida*, ésta puede crecer a sus anchas.

Martínez Lavín (2006) también menciona la aparición de candidiasis.

Blanch (Castro 2003), también refiere que hay problemas inmunológicos en algunas personas afectadas.

#### **1.4.2.2. En las actividades:**

##### **1.4.2.2.1. La dormición:**

Siguiendo la propuesta que hace Cencillo (2002), se utiliza el término dormición (ver RAE 2001) para indicar la función de dormir (el sueño que se duerme que dice Cencillo) y distinguirla de la actividad onírica (soñar) y el contenido de la misma (el sueño). Sirva de homenaje a este hombre discutido por todos, según sus propias palabras, pero sobresaliente dentro de la Psicología en España.

Las alteraciones en esta actividad son frecuentes. No es reparadora (Lafuente et al. 2005) (Quevedo 2004) (Blanch en Castro 2004) (Marín 2006) (Paulino, Mulero y Peña) (Martínez Lavín 2006)

Según Paulino, Mulero y Peña el 70-80% de las personas afectadas con FM se quejan de tener un sueño de mala calidad ("me levanto más cansado de lo que me acuesto. Su sueño en el nivel profundo se ve dificultado. Los registros electroencefalográficos están alterados en el sentido de que en esta fase se detectan unas ondas similares a las que mantienen la actividad alerta del cerebro. No se sabe si estas ondas están relacionadas con la causa de la enfermedad o son la consecuencia de la misma. Al parecer en la fase no REM hay irrupción de ondas alfa dentro del ritmo delta del sueño profundo, con lo cual no hay dormición profunda y por tanto no hay descanso (Lafuente et al 2005) (Blanch en Castro 2003) (Martínez Lavín 2006). Según Quevedo (2005) algunos sostienen que la fase no REM está alterada por la fatiga crónica. El caso es que al no haber reparación, empeora el dolor los días que se duerme mal. (Marín 2006) (Paulino, Mulero y Peña) y aumenta la fatiga (Quevedo 2004)

Hay apneas del sueño (Quevedo 2004) (Lafuente et al. 2005), espasmos nocturnos (Comeche y Martín), piernas inquietas (Lafuente et al 2005) , bruxismo (Lafuente et al 2005) (Quevedo 2004), ritmo fraccionado con frecuente despertar (Lafuente et al 2005) (Quevedo 2004) e incluso sudores nocturnos (Quevedo 2004)

Según Paulino, Mulero y Peña los investigadores encuentran que las personas afectadas con FM se duermen sin problema, aunque no sea la dormición de buena calidad, pero según Lafuente et al 2005 el paciente de FM suele tener insomnio y si duerme es tarde y mal.

El resultado final es que sea en el 75% de las personas afectadas (Lafuente et al 2005), sea del 70% al 80% (Paulino, Mulero y Peña) (Marín 2006) la mayoría tiene una alteración importante de la dormición, con inmediatas repercusiones en dos aspectos: la fatiga y el dolor.

#### **1.4.2.2.2. La alimentación:**

La alimentación, se puede llegar a ver alterada de forma importante por el dolor, el cansancio, el malestar, el insomnio, y la depresión que afecta a todas las actividades cotidianas. (Beltrán y Sierra)

Lafuente et al 2005, cuentan que la alimentación se ve afectada, y habla concretamente de bulimia.

#### **1.4.2.2.3. El ejercicio:**

Mala tolerancia al esfuerzo físico: cualquier ejercicio de intensidad moderada produce dolor, por lo que se evita, por lo que disminuye el hacer esfuerzo, cada vez se hace menos, la masa muscular se empobrece y el nivel de tolerancia al ejercicio desciende (Paulino, Mulero y Peña) (Marín 2006). El sobreesfuerzo agrava esta situación (Blanch en Castro 2003). Para calificar esta dinámica, mejor que la expresión “círculo vicioso” que utilizan muchos, creo preferible utilizar el concepto de espiral descendente de Hartman: parece que se está dando vueltas, pero en realidad se está descendiendo.

Por la espiral antes mencionada, y porque el dolor concomitante agota como dice Castro (2003), el caso es que hay un cansancio mantenido durante todo el día (Paulino, Mulero y Peña) (Marín 2006). La astenia es más intensa por la mañana puesto que está muy relacionada con la dormición no reparadora, a la vez que con las situaciones de estrés y puede mejorar a lo largo del día (Lafuente et al. 2005), pero pueden aparecer crisis de cansancio como la que relata muy gráficamente Pilar Castro (2003) que incluye un suave desplome, un derrumbamiento. El reposo alivia esta situación (Lafuente et al 2005) al igual que el sueño (Castro 2003).

Según Quevedo (2004) la fatiga se da en casi todos las personas afectadas y puede ser desde una simple molestia hasta incapacitante. Lafuente et al (2005) sostiene que se da

entre el 57% al 92 % de los casos. Hasta el punto que se puede solapar con el Síndrome de Fatiga Crónica (SFT)

Martínez Lavín (2006) dice que la fatiga es una constante, y no suele mejorar con el reposo

#### **1.4.2.2.4. La sexualidad:**

Basándose en Marín (2006b) puede considerarse que las relaciones sexuales son escasas e insatisfactorias por:

- dolor muscular/articular en la relación
- dolor vaginal por sequedad de mucosas
- traumas psicológicos infantiles: García Campayo menciona un 20% de abusos sexuales en historial. *Alexander (1998) (citado por Lafuente et al 2005) menciona que el 57% de las mujeres con FM han sufrido abusos sexuales o de malos tratos.*
- en las mujeres vaginismo facilitado por la sequedad de mucosas, anorgasmia
- en los hombres impotencia
- Inhibición del deseo sexual (IDS) inducido por la presencia de candidiasis, temor al dolor, dificultades de vaginismo e impotencia, y el efecto secundario de algunos tratamientos.

#### **1.4.2.3. En los procesos psíquicos:**

##### **1.4.2.3.1. Emocionales:**

Casi todas las personas afectadas comparten la sensación de malestar general producida por dolores (Castro 2003) (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) y en algunos pueden producirse cambios bruscos del humor e irritabilidad (Marín 2006). Lafuente et al. 2005 informa de crisis de pánico, fobias y somatizaciones.

##### **La ansiedad:**

Está presente (Marín 2006) (Quevedo 2004), según Paulino, Mulero y Peña es padecida con más frecuencia que en las personas sanas, y Blanch (Castro 2003) menciona que hay altos niveles de estrés.

Lafuente et al. 2005 comentan que la ansiedad es más propia de la FM, donde existen características más marcadas de personalidad ansiosa, mientras que la depresión lo es del Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)

Para Martínez Lavín (2006) la ansiedad es frecuente, habiendo a menudo depresión asociada

### **La depresión:**

Está presente (Marín 2006) y los niveles son altos asociados a la percepción de incapacidad funcional (Blanch en Castro 2003). Quevedo (2004) dice que afecta al 25% de las personas afectadas, mientras que Lafuente et al. (2005) mencionan que el 75% de los casos padecen ansiedad y/o depresión.

Quevedo (2004) dice que son relativamente pocos las personas afectadas que deben ser tratados por depresión clínica, es decir, que han de tomar fármacos. Se suele poder sobrellevar sin tomar medicación gracias a la terapia psicológica. Naturalmente esta afirmación puede ser muy matizada teniendo en cuenta como se verá luego, que los antidepresivos por su acción sobre los niveles de serotonina, además de incidir sobre la depresión, inciden sobre el dolor.

#### **1.4.2.3.2. Cognitivos:**

Parece existir un déficit de atención (Lafuente et al 2005), una dificultad de concentración (Marín 2006) (Castro 2003) una cierta lentitud mental y rápida saturación ante problemas sencillos (Quevedo 2004). Martínez Lavín (2006) habla de “niebla mental”.

Hay problemas de memoria (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) que según Marín (2006b) serían:

- Un síntoma más del estado depresivo
- Consecuencia de las alteraciones de la atención y del procesamiento de la información debidas al dolor
- Efecto secundario de medicación.

Y según Quevedo (2004) serían debidos al estrés producido por los dolores, el malestar y falta de sueño

Además hay, desde el aspecto emocional-cognitivo una sensación subjetiva de ser enfermos (Lafuente et al 2005)

También desde este aspecto Comeche y Martín mencionan que las reacciones que tiene el enfermo al serle comunicada su enfermedad pueden ser las siguientes:

2. Alivio por la etiqueta
3. Al comprender que es crónica: queja ¿Por qué a mí?
4. Rabia y/o negación
5. Sentimientos de tristeza e indefensión
6. Pensamientos negativos sobre el presente y aún más sobre el futuro

#### **1.4.2.3.3. Conductuales:**

Además de realizar cada vez menos actividades, cabe mencionar la expresión facial de “cara de asco” que describe muy bien Pilar Castro (2003) a la vez que describe bien el riesgo de inestabilidad y de caídas.

#### **1.4.2.3.4. Personalidad:**

Blanch (Castro 2003) menciona que la persona con FM es perfeccionista, muy autoexigente, metódica, con muy baja autoestima.

Marín (2006b) dice que no hay personalidad fibromiálgica pero los rasgos a destacar son:

- Sobreexigencia: percibida y asumida
- Responsabilidad
- Tendencia a expresar sólo afectos positivos, guardando los negativos
- Tendencia a relegar las propias necesidades
- Paranoïdismo: desconfianza, sentimientos de incomprensión, reacciones hostiles
- Escasa satisfacción vital
- Baja autoestima: superyo rígido, ideal inalcanzable, y tensión crónica
- Sentimientos de inferioridad
- Dificultad para pedir ayuda

En otro lugar Marín (2006) dice que Epstein et al como rasgos más comunes se encontraron el neuroticismo, a hipocondriasis, la ansiedad y la depresión, que pudiendo ser consecuencia del dolor, tienen niveles psicopatológicos mayores que en el SIDA o el cáncer. Por otro lado dice el 90% de las personas afectadas de FM presentan una prevalencia vital de padecer uno o dos de los criterios DSM-IV seleccionados para el estudio (trastorno de somatización, pánico, ansiedad generalizada, fobia, depresión mayor, alcoholismo y TOC)

#### **1.4.2.4. En los procesos sociales:**

##### **1.4.2.4.1. Generales:**

Según Pilar Castro (2003) al poder tener un aspecto físico bueno, las personas del entorno no se creen la enfermedad, máxime cuando hay un desconocimiento de la población en un 90% que fomenta la incredulidad social.

Según Lafuente et al (2005) no son considerados personas enfermas por parte de la sociedad, familia e incluso los médicos, lo que determina: aislamiento, considerarse incomprendidos, sensación de incurabilidad.

Todo lo cual se complica si como comenta honestamente Pilar Castro (2003) puede haber utilización de la enfermedad crónica para propios fines: muy tristes, muy dominantes, esforzadas, retraídas, dolidas, amordazadas.

##### **1.4.2.4.2. Pareja:**

Además de los aspectos generales de lo social y de los mencionado al tratar la sexualidad, como dice Pilar Castro (2003) puede haber un cansancio en la pareja ante las reiteradas intervenciones médicas.

Tanto referente a la pareja como a la familia, es interesante el trabajo realizado por Molins et al. (2005) sobre la fibromialgia desde el punto de vista relacional.

##### **1.4.2.4.3. Familia:**

Lafuente et al. (2005) comentan que la FM afecta a la familia entera. Aunque no tengan los síntomas, sufren muchas de las mismas emociones y hay que considerar cuatro aspectos fundamentales:

- Grado de disrupción familiar, previo o posterior
- Cargas familiares secundarias (redistribución de roles y tareas)
- Pérdidas económicas familiares
- Patrón de conducta familiar y su repercusión

Marín (2006b) enuncia las siguientes posibilidades en el proceso de adaptación familiar:

- Empastamiento vincular. Codependencia: muy peligrosa para el cuidador
- Sobreprotección

- Cambio en los papeles
- Alteraciones en el proyecto vital: riesgo para la familia
- Ambivalencia afectiva (para la familia)

Comeche y Martín mencionan las siguientes fases en la actitud familiar:

- Antes de diagnóstico: incredulidad
- Inmediatamente después comprensión y apoyo
- Más tarde sentimiento de impotencia, agotamiento
- Luego sentimiento de tristeza y abandono por ambas partes

#### **1.4.2.4.4. Amistades:**

Como se mencionaba antes, Castro (2003) dice que el buen aspecto y el desconocimiento fomenta la incredulidad, pudiéndose llegar a una acusación de querer llamar la atención, alternada con un compadecimiento y una pena ostentosa. Además el tomar pastillas para los nervios desvirtúa la FM ante familiares y amigos que achacan que es de los nervios.

#### **1.4.2.4.5. Relaciones laborales:**

Los problemas socio-laborales son frecuentes, ya que se da una difícil adecuación de la persona con fibromialgia al mundo laboral (Lafuente et al. 2005). Conflictos con jefes y compañeros y bajas laborales (Castro 2003), que según García-Campayo (citado por Marín 2006b) suponen de un 30% a un 40% de incapacidad laboral, suponemos que transitoria (I.L.T.), mientras que Lafuente et al. (2005) habla de porcentajes del 9% al 26,5% de I.L.T., y Quevedo (2004) cifra el ausentismo laboral en 80% con un 13% de jubilaciones anticipadas.

Para Lafuente et al. (2005) las causas que contribuyen a que FM sea causa de incapacidad y de altos costes laborales son:

- Alta prevalencia
- Percepción subjetiva de malestar
- Escasa capacidad funcional referida por el paciente
- Astenia
- Alteración de la memoria
- Frecuente asociación con migraña y cólon irritable

Cuando se comente el tema de la incapacidad laboral (pág. 38) se ampliarán estos aspectos.

#### **1.4.2.4.6. Relación con los médicos:**

Independiente de la relación médico-legal, para dictaminar sobre la incapacidad, en la relación habitual con el médico es oportuno mencionar algunos comentarios de Pilar Castro (2003) acerca del médico negativo con el que a veces se encuentra la persona con FM. Así dice que su actitud suele ser escéptica, ya que la analítica es normal y las radiografías sin deterioro, y además algunos tienen la creencia de que la FM no existe, apareciendo entonces tres posibles reacciones:

- Derivación al psiquiatra, apareciendo antes o después el término psicopatización, el cual parece ser detestado por las personas fibromiálgicas
- Consejo de que “hay que acostumbrarse al dolor”, lo cual Castro considera una frase cruel, o bien “usted no tiene nada, debe distraerse”
- A veces establece un “duelo” (no de pérdida sino de espadas o pistolas) para ver quien sufre más. “pues fíjese que usted que lo mío sí que es...”

A veces la persona conoce lo que le siente bien, pero el médico la desoye, teniendo que remedarlo. Pilar cuenta muy bien su experiencia al respecto en un balneario

Cuenta que en ocasiones se enternece con aquellos médicos que conocen la enfermedad, que saben que no pueden hacer nada para curarla y en cierta medida se culpan por ello.

Frente a ello, lo que pide Pilar es confianza, comprensión y compañía, y que no se denomine a las personas como “pacientes” (que para ella parece tener relación a la pasividad, a tener paciencia y resignación) sino como enfermas, teniendo que afrontar un mundo que está hecho para los sanos.

Paulino, Mulero y Peña afirman que el paciente necesita el apoyo del médico, pero el médico también necesita el apoyo del paciente.

Martínez Lavín (2006) expone que al ser la FM un padecimiento desconocido o mal entendido por la mayoría de los médicos y la sociedad en general, ello conduce a un maltrato persistente a la multitud de personas que la padecen.

## **1.5. Hipótesis etiológicas:**

Es vez de utilizar el término etiología, que puede dar la impresión de un conocimiento si no totalmente al menos notablemente certero de las causas de una afección, es preferible utilizar la expresión “hipótesis etiológicas”, puesto que es lo que realmente hay en la actualidad: intentos de explicación que suelen ser incompletos, investigaciones intentando probar alguno de los modelos explicativos pero no consiguiéndolo.

Blanch (Castro 2003) dice que se desconocen causas. Se está sin elementos objetivos de existencia. Pero que se desconozcan causas, que no haya datos objetivos de su existencia y haya simuladores o rentistas no son motivos para no creer en su existencia, al igual que ocurre con algunas enfermedades psiquiátricas, de las cuales tampoco hay datos objetivos de su existencia.

## **1.5.1. Somatógenas**

### **1.5.1.1. Referentes al origen:**

#### **1.5.1.1.1. Genéticas:**

Según Lafuente et al. (2005) Yunus et al. en 1992: encontró una acumulación familiar significativa en cuanto a los casos de FM y concurrencia con algunos trastornos neuroendocrinos.

No obstante, en la mayoría de los casos, los estudios genéticos son puramente estadísticos siguiendo la tradición inaugurada por Galton, primo aventajado de Darwin, por lo cual lo que se puede afirmar es que efectivamente hay una correlación familiar, lo cual no es probativo de la hipótesis a menos que se caiga en lo que se denomina en lógica formal “falacia de afirmación de consecuente” (si a entonces b, es así que b luego a). Así por ejemplo otra causa de esta posible correlación puede ser el aprendizaje de las conductas de dolor tal como expone Miró (2003).

Martínez Lavín (2006) habla de la predisposición genética, de las variaciones del gen que da origen a la catecol-O-metiltransferasa (COMT), que es una enzima encargada de inactivar la adrenalina. Este gen, ubicado en el cromosoma 22, tiene una mutación en el codón 158. Si la variación es la denominada val-158-val, se produce una enzima que degrada la adrenalina de forma eficaz (el 25% de la población). Si la mutación es met-158-met (25% de la población) se produce una enzima “perezosa” que no limpia el cuerpo de adrenalina. El

50% tiene un gen heterocigo: de un progenitor heredaron val-158-val y del otro met-158-met: la enzima resultante tiene una actividad intermedia.

Las personas con val-158-val son resistentes al dolor. Las personas met-158-met son menos resistentes al dolor y perciben los estímulos como con más intensidad (Jon Kart Zubieta 2003).

En el 2003, Gursoy et al. publicaron que las personas afectadas con FM tienen con menos frecuencia el tipo de gen val-158-val.

#### **1.5.1.1.2. Constitucionales:**

Zoppi (2000) (citado por Lafuente et al. 2005) habla de que habría una predisposición constitucional en mujeres con exceso de peso, hiperlaxitud en sus estructuras somáticas, varices, hemorroides y telangiectasias (vasos cutáneos visibles que miden 0.1-1 mm de diámetro)

Margarita Pascual, Presidenta de ABAF, expone una interesante idea acerca de una posible relación entre fibromialgia y niñas/os hiperactivos, puesto que la mayoría de las personas que ella conoce fueron niños/as muy inquietos de pequeños.

#### **1.5.1.1.3. Tóxicas:**

Quevedo (2004) expone una curiosa teoría basada en que los productos químicos, concretamente los órganofosforados, que se encuentran en muchos insecticidas afectan letalmente al SN de insectos, pero también afectan al humano. En el Hospital Clínico de Barcelona se investiga al respecto, y parece que una sola exposición a estos productos puede desarrollar la FM. Son productos que se eliminan con extrema dificultad.

También menciona a favor de la hipótesis toxica la similitud de los síntomas de la FM, aunque en ésta son siempre más leves, con los síntomas del Síndrome del Golfo Pérsico en la que hubo una intensa exposición a productos químicos (entre ellos pesticidas) a que se sometieron los soldados como protección frente a las armas químicas y bacteriológicas.

#### **1.5.1.1.4. Infecciosas:**

Quevedo 2004 habla de la hipótesis vírica y menciona el virus de Epstein-Barr que afecta a 80% de la población europea: infección aguda similar a una gripe suave de corta duración.

En la mayoría desaparece sin dejar reacción adversa. Es responsable de la encefalomielitis miálgica. En un cierto porcentaje desembocaría en SFC y FM

Martínez Lavín (2006) dice que se ha comprobado que diversos tipos de infecciones pueden desatar la FM, tal como la enfermedad de Lyme, producida por la espiroqueta.

### **1.5.1.2. Referentes al proceso:**

Se sigue a Lafuente et al (2005) en la exposición de las hipótesis que sucesivamente han ido surgiendo

#### **1.5.1.2.1. Teoría muscular:**

- **De origen muscular:**

- “Ruber-band”: los FM, a diferencia de los normales, tenían fibrillas elásticas que conectaban las fibras musculares, formando bandas constrictoras a su alrededor causando un “estrangulamiento”. (Bartels). Investigaciones posteriores no encontraron estas alteraciones.
- “Ragged-red”: fibras de captación rojo brillante (tinción de Gomori) y aspecto desflecado, reflejo de afectación de las mitocondrias. Bengtsson y Henriksson (1989) las encontraron en biopsias de FM. Yunus y Kalyan-Raman (1989) demuestran que estos cambios pueden ser debidos a los métodos de extracción y análisis.
- Atrofias fibrilares y alteraciones mitocondriales: existencia de disminución significativa en fuerza muscular, en la resistencia muscular y atrofia en las fibras musculares. Pueden ser secundarios a la inactividad (Kalyan-Raman et al 1984) (Bengtsson et al 1986) incluidos los hallazgos sobre los niveles inferiores de fosfocreatina (FC) que puede extenderse a otras miopatías y atrofias musculares por inactividad.
- Dificultad para relajar los músculos: puede ser motivo de fatiga y dolor muscular. No se ha encontrado origen en alteraciones metabólicas, ni con factores emocionales. Más bien son reflejo de una falta de coordinación motora. Los músculos de las personas afectadas con FM son sanos (Simas 1998) Debe considerarse poco consistente la etiología en una patología muscular periférica. Aunque sintomáticamente las personas afectadas localicen todas sus molestias en este

territorio, no existen bases anatómicas, biológicas o bioquímicas que permitan identificar la FM con un trastorno muscular primario.

- **De origen paramuscular:**

- Alteraciones isquémicas. La afectación de forma secundaria se ha centrado en el estudio de estímulos isquémicos o químicos como desencadenantes, ya que no existen terminaciones nerviosas A o C sobre las propias fibras musculares. Los nociceptores encargados de transmitir la sensación dolorosa están situados en el tejido conectivo que rodea las arteriolas y pequeñas arterias estimulándose sólo por estímulos mecánicos (presión, constricción punción) y químicos. En condiciones de isquemia también pueden ser estimulados por contracciones musculares.

Pero aunque se ha encontrado ciertas alteraciones en la microcirculación, de diferencia estadísticamente significativa con sujetos normales, son similares a las de sujetos con mialgia reumática, por lo que no es específica de la FM.

En conclusión no parece que existan factores periféricos locales generalizados capaces de explicar la implicación del músculo en la patogenia de la FM.

#### **1.5.1.2.2. Teoría neuroendocrina:**

Se han encontrado alteraciones neuroendocrinas hormonales que parecen producirse en el contexto de un trastorno multiorgánico que genera un déficit en cascada de varios sistemas que velan por la homeostasis.

A finales de los 80 y primeros de los 90 numerosos autores informaron de anomalías en la serotonina (5-HT), hormona de crecimiento (GH) y cortisol.

Sea que un déficit de serotonina provoque una disminución en la producción de GH y en la secreción de cortisol, o bien por causas hipotalámicas primarias, el déficit de estas hormonas desencadena fallos multifuncionales de respuesta al estrés por disminución del feedback adrenocortical. Explicaría el intenso y permanente cansancio que sufren las personas afectadas, y en parte la reducción de la tolerancia al dolor.

La disminución de GH disminuiría la acción anabólica y trófica de recuperación y reparación del músculo, generando fatiga fácil tras ejercicio, percepción de disminución de fuerza muscular y sensación permanente de abatimiento.

De manera indirecta la disminución de GH puede tener influencia en la calidad del sueño y por ello en el aumento de la percepción dolorosa.

La disminución de producción de cortisol, derivaría de una disfunción del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal. Provoca un descenso en la producción de adrenalina y por tanto un déficit en la respuesta orgánica al estrés. Además por la disminución en la glucólisis, produce una disminución considerable a la tolerancia al esfuerzo por carencia energética del músculo, y con ello, mayor cansancio muscular y aumento de dolores musculares tras el ejercicio. También puede estar en relación con alteraciones del humor, trastornos del sueño y presencia de depresión.

La mala adaptación a los cambios del medio, especialmente a los cambios climáticos sería consecuencia de la disfunción autonómica por el déficit de cortisol y adrenalina, pudiendo estar involucradas otras aminas como la dopamina y noradrenalina.

La disminución del tono adrenal genera una disminución en la actividad simpática y mala tolerancia al frío. Esto explicaría la diferencia estacional y climática de la sintomatología, con el empeoramiento de la FM en climas fríos y durante el invierno.

La hiperprolactinemia descrita (70% de mujeres con FM) (Buskila et al 1993) puede estar en relación con el déficit de dopamina (el mayor y más potente inhibidor de producción de prolactina)

El aumento de prolactina puede ser el responsable de la disminución de gonadotropinas (estrogénicas y androgénicas) y por tanto de la disminución de anabolismo y atropismo muscular. Déficit estrogénico que también menciona Marín (2006)

Algunos proponen como buen marcador bioquímico de presencia de FM, una disminución conjunta de niveles de GH y cortisol y aumento de prolactina.

También se ha encontrado deficiencia en la dehidroepiandrosterona (DHEA) y testosterona en mujeres con FM (Dessein et al 1999). La producción androgénica está muy disminuida en mujeres con FM. Esto se relaciona directamente con la presencia de dolor y el nivel de masa ósea, es la principal causa de osteoporosis en mujeres con FM, siendo mayor el déficit en mujeres obesas.

#### **1.5.1.2.3. Teoría neurógena**

Paulino, Mulero y Peña comentan que se cree que en la FM los mecanismos para sentir el dolor tienen un funcionamiento anormal, lo que permite la mayor percepción de dolor. Bastará una pequeña sobrecarga de una articulación o de una parte del cuerpo, para notar sensaciones dolorosas.

Blanch (Castro 2003) también refiere que parece que alteración fundamental reside en mecanismo de control y regulación del dolor, el umbral estaría muy bajo y se percibiría como dolor, estímulos que en otros individuos no lo son.

A este respecto, Lafuente et al (2005) hacen la siguiente exposición:

La FM podría ser reflejo de una hiperexcitabilidad patológica del SN. En ella puede estar implicada la serotonina (5-HT), bien como causa o como efecto de la misma.

El nivel de 5-HT guarda una fuerte relación con el número de tender points (Stratz et al 1993), la sensación de dolor sin causa aparente (Yunus 1994) y las alteraciones del sueño (Jacobs et al 1995).

Se han encontrado cambios cíclicos en la intensidad de dolor provocado por la presión en los TP, coincidentes con los ciclos menstruales (Hapidou y Rollman 1998), al parece paralelos a lo cambios cíclicos menstruales para los niveles de 5-HT (D'Andrea et al 1995). Darían un explicación a la mayor prevalencia de TP en mujeres y la mayor incidencia de FM. Además si los cambios cíclicos de 5-HT influyen en la presencia de cefaleas menstruales, se entiende la alta prevalencia de dolores de cabeza (52,8% de los casos)

Aunque se detectan bajos niveles de triptófano (aminoácido precursor de la serotonina), la disminución de 5-HT por sí misma no es capaz de provocar la enfermedad, ya que la administración de dietas enriquecidas con triptófano en pacientes FM no mejoraron los síntomas.

Por otro lado se han encontrado anticuerpos antiserotonina en el 75% de las personas afectadas (Klein et al 1992). Parece ligado específicamente a FM ya que aunque en otras enfermedades como la artritis reumatoide y la depresión aparecen bajos niveles de 5-HT, no presentan estos anticuerpos.

Los altos niveles de anticuerpos para gangliosólidos y fosfolípidos ha permitido especular con la teoría de estas ante una enfermedad autoinmune ligada al sistema neurovegetativo

(Klein y Berg, 1995). Aunque su significado está en estudio, la presencia de estos anticuerpos es posible que estén en relación con el trastorno en la recaptación de la 5-HT.

Pero las alteraciones en el genotipo de 5-HT, la presencia de anticuerpos anti 5-HT, el déficit sanguíneo de 5-HT y las alteraciones de su recaptación, no sirven para explicar los síntomas de la FM en su totalidad. (Olin et al 1998). Por ej. la utilización de ritanserina, antagonista selectivo del receptor 5-HT<sub>2</sub>, muestra sólo un pequeño efecto sobre los síntomas. La utilización de los ISRS tienen menos poder analgésico que otros antidepresivos de mayor espectro de acción.

En la hiperexcitabilidad también están involucrados con los altos niveles de sustancia P (3 veces más alta que en los controles) en LCR, neuropéptido muy relacionado con la percepción dolorosa, la gravedad de dolor y la presencia de TP. Pero en sangre periférica los niveles son normales.

El aumento de P en LCR, que también menciona Marín (2006) incide negativamente en la producción de GH y de cortisol, aumentando la producción de prolactina. A la vez la disminución de GH genera una defectuosa absorción digestiva de triptófano contribuyendo al déficit de 5-HT. En el resto de las enfermedades los niveles permanecían descendidos, salvo en la poliartritis.

Los niveles bajos de beta-endorfina en el LCR no se ha podido demostrar que estén relacionados de forma directa con la etiología y desarrollo de la FM. También se encuentra elevado en el LCR el nivel de otro péptido: el factor de crecimiento neuronal (FCN) : futuras investigaciones.

Para Paulino, Mulero y Peña se han detectado en el sistema nervioso de personas con FM, niveles bajos de algunas sustancias importantes en la regulación del dolor (particularmente la serotonina) y niveles elevados en el sistema nervioso de sustancias productoras de dolor (sustancia P).

Para Lafuente et al. (2005) la hiperexcitabilidad del SN en la FM es un hecho contrastado, es el origen del dolor espontáneo generalizado y la presencia de puntos dolorosos a la presión, y ambos son clara demostración de la hiperexcitabilidad generalizada que muestran estos pacientes

Cabe mencionar nuevamente aquí, los trabajos de Moldofsky (Marín 2006) (Lafuente et al. 2005) sobre el trazado electroencefalográfico del patrón de sueño característico de FM, definido por intrusión de ondas alfa en las etapas 2, 3 y 4 del sueño no REM. Se han producido síntomas de FM, incluso con los TP, en individuos normales con privación de sueño no REM

Martínez Lavín (2006) sostiene la hipótesis neurógena, basada en una alteración en el sistema nervioso autónomo, que explicaría según él todas las características de la FM, incluida la mayor prevalencia en mujeres.

#### **1.5.1.2.4. Teorías de los factores desencadenantes:**

Podríamos decir que tienen en común la hipótesis de que la enfermedad existe de forma subyacente, “sin dar la cara” como suelen decir algunos médicos para procurar dar a las personas enfermas una referencia cognitiva que les produzca una sensación de control de la que el propio médico carece. Hasta que se producen una serie de factores que hacen “que de la cara”.

Paulino, Mulero y Peña, dicen que se han descrito casos de FM que comienzan después de procesos concretos, como pueden ser una infección bacteriana o viral, un accidente de automóvil, la separación matrimonial o el divorcio, un problema con los hijos, etc. En otros casos aparece después de que otra enfermedad conocida limite la calidad de vida del enfermo (artritis reumatoide, lupus eritematoso).

Estos agentes desencadenantes no parecen causar la enfermedad, sino que lo que probablemente hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos.

Aunque aún no se sabe con certeza, es probable que una respuesta anormal a los factores que producen estrés desempeñe un papel muy importante en esta enfermedad.

Los estudios médicos en la FM se han orientado a analizar si hay lesiones en los músculos, alteraciones en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o como se ha señalado previamente alteraciones en los mecanismos protectores del dolor. En este sentido se han detectado en el sistema nervioso de personas con FM, niveles bajos de algunas sustancias importantes en la regulación del dolor (particularmente la serotonina) y niveles elevados en el sistema nervioso de sustancias productoras de dolor (sustancia P).

Blanch (Castro 2003) comenta también que algunas personas enfermas refieren haber sufrido al inicio un proceso infeccioso, un traumatismo a menudo banal o una situación de estrés, pero no se ha probado que exista una relación causa-efecto.

Marín (2006) menciona también como factores intervinientes la tensión física o mental: que intensifica el dolor y disminuye el umbral perceptivo del mismo, las alteraciones inmunológicas, la falta de buena condición física, alteraciones endocrinológicas tales como hipofunción renal.

Martínez Lavín (2006) también habla de factores desencadenantes, como puede ser un traumatismo físico sobre la columna vertebral.

### 1.5.2. Psicógenas

Carmona dice rotundamente que no es un trastorno psiquiátrico, sino que es un síndrome reumatológico.

Lafuente et al. (2005) al exponer las hipótesis etiológicas hablan en la teoría psicógena de trastornos somatomorfos y facticios.

Quevedo (2004) dice textualmente “El problema es que hoy día no hay manera de probar científicamente que la fibromialgia sea la causante (*se refiere a los síntomas*) y no una dolencia psicósomática, como hasta hace una década se tenía por seguro”

Marín (2006) menciona que se la ha relacionado últimamente con el trastorno por estrés postraumático y con el trastorno por conversión. En este sentido Mcciocchi (1993) presentó un caso de trastorno de conversión inicialmente diagnosticado como FM pues la paciente presentaba dolor generalizado, múltiples puntos de dolor y fiebre, síntomas que mejoraron a medida que avanzó el tratamiento psicoterapéutico.

También menciona Marín (2006) que las personas afectadas con FM puntúan más alto en las escalas de ansiedad y depresión en relación a otros colectivos y otros enfermos reumatológicos, considerándose en los últimos años de que se trate de una forma de depresión atípica. También presentan más síntomas somáticos y reciben con más frecuencia el diagnóstico de trastorno por somatización

En la siguiente parte de este trabajo "...desde el punto de vista de un psicólogo", se comentará más detenidamente el aspecto psicógeno en la FM.

## **1.6. Diagnóstico:**

### **1.6.1. Perfil de riesgo:**

Marín (2006) sugiere como enferma típica: mujer de 30 a 50 años con historia de mialgias generalizadas, cansancio fácil, rigidez matutina y sueño no reparador. Con muchas consultas médicas, quejas continuas y gran afectación psicosocial (recuerda a los de con trastorno por somatización)

Siguiendo a Lafuente et al. (2005) se puede considerar el siguiente perfil de riesgo:

- Nivel educacional bajo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exceso de peso
- Historia previa de agresión sexual o física: Alexander (1998): el 57% de las mujeres con FM refieren abusos de este tipo. En las mujeres que han sufrido abusos, la incidencia de FM quintuplica al resto de mujeres del mismo grupo social. Además, en el mismo grupo social de mujeres con FM, las que han sufrido agresiones son más proclives a sufrir las formas graves de la enfermedad, con mayores escalas de dolor, fatiga, limitaciones funcionales, nº de consultas médicas y consumo de analgésicos.

Perfil sugerido por González y Alegre (1998) (citado por Lafuente et al. 2005): mujer de 59 años, con exceso de peso y nivel socio-cultural bajo.

### **1.6.2. Diagnóstico positivo:**

#### **1.6.2.1. Criterios:**

El diagnóstico positivo se realiza a partir de que se cumplan los criterios de la ACR. Además según Paulino, Mulero y Peña se aprecia en la enferma una mayor sensibilidad para el enrojecimiento de la piel al presionar con la mano en cualquier lugar del cuerpo. Esta es la

consecuencia de pequeñas alteraciones en la regulación de los sistemas de riego de sangre a la piel. Este enrojecimiento también es comentado por Blanch (Castro 2003)

También dicen que se está investigando de forma exhaustiva en todo el mundo para encontrar pruebas que confirmen el diagnóstico. Ya hay algunos resultados prometedores con algunos tests, pero por el momento ninguno es de aplicación clínica a corto plazo

Marín (2006) expone que además de los criterios de la ACR, que haya ausencia de sueño reparador y que no exista una causa biológica justificante.

Comeche y Martín mencionan como criterios: dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño

Marín (2006) menciona que todavía una parte importante de las personas afectadas tardan meses o años en ser diagnosticados y recibir un tratamiento adecuado. Quevedo (2004) da los siguientes datos:

- 54% visitan 5 especialistas antes de recibir diagnóstico de FM en firme
- La mayoría se somete a radiografías en 3 o 4 zonas del cuerpo con los riesgos que eso supone
- Antes de diagnóstico definitivo de FM al 35% se les diagnostica más de una dolencia diferente
- Al 16% no se les da respuesta satisfactoria
- El 40% afirma haber perdido meses de actividad
- Menciona que según Jaime Graell, director del Instituto de Reumatología y Enfermedades Óseas, alrededor del 90% de las personas enfermas de FM no están diagnosticados en España.

Lafuente et al (2005) dicen que en cuanto al motivo de consulta el dolor es la causa principal, pero también acuden debido a mala calidad de vida por síntomas de fatiga, trastornos del sueño, desánimo, rigidez matutina.

### **1.6.2.2. Clasificación de la fibromialgia:**

Paulino, Mulero y Peña exponen la clasificación de la FM en regional, primaria y secundaria:

- **La FM regional**, se denomina también FM localizada o más frecuentemente síndrome miofascial. En este caso, el dolor está circunscrito a una zona anatómica y por tanto limitado a puntos contiguos.
- **La FM primaria** se caracteriza por dolor difuso y puntos dolorosos a la presión en múltiples localizaciones en ausencia de una condición concomitante o subyacente que pudiera explicar los signos y síntomas músculo-esqueléticos del paciente.
- **La FM secundaria** está ocasionada por una enfermedad definida como puede ser la artritis reumatoide activa o el hipotiroidismo, cuyo tratamiento lleva consigo la mejoría del proceso fibromiálgico.

Por el grado de afectación la posibilidad de clasificación es tan amplia como personas padezcan el proceso, ya que la intensidad es muy variable

Blanch (Castro 2003) también menciona la clasificación en primaria y secundaria, siendo la primera las que no está asociada a otro problema de salud y la segunda la asociada con otros procesos sistémicos tales como: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren

Lafuente et al (2005) también consideran la primaria: no asociada a otros cuadros, y secundaria: asociada a otros cuadros musculoesqueléticos

### **1.6.2.3. Escalas de valoración:**

Las escalas de valoración del impacto de la enfermedad a utilizar según Lafuente et al. (2005) serían:

- AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales)
- FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire)
- QOLS (Quality-Of-Life:Scale)
- HARS (HamiltonAnxiety Rating Scale)
- HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale)

### **1.6.3. Diagnóstico diferencial:**

Hay todo una serie de enfermedades de las que hay que distinguir a la FM

### 1.6.3.1. Con enfermedades somáticas:

Según Quevedo (2004) serían: Lupus eritematoso sistémico (LES), Poliomiocitis, Síndrome de Sjögren (ojos secos), Poliartritis reumatoide, Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Osteomalacia, Polineuropatía diabética, Síndrome doloroso miofascial, Encefalomielitis miálgica, Síndrome de fatiga crónica

Lafuente et al (2005): conectivopatías, microfracturas, mieloma múltiple, bursitis, tendinitis, PMR, reumatismo psicógeno y síndrome de dolor miofascial, hipertiroidismo, hipotiroidismo e hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, miopatías metabólicas, cametastásico, infecciones crónicas y SFC

Siguiendo a Martínez Lavín (2006) se resumen algunas de las diferencias con otras enfermedades en las que aparecen síntomas parecidos.

Enfermedad	Fibromialgia
<p style="text-align: center;"><b>Artritis reumatoide</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta 1% de población sobre todo a mujeres</li> <li>• Hinchazón de múltiples articulaciones</li> <li>• Entumecimiento generalizado matutino</li> </ul>	<p>No hay hinchazón de articulaciones No hay factor reumatoide en sangre en análisis</p>
<p style="text-align: center;"><b>Lupus eritomaso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta sobre todo a mujeres jóvenes</li> <li>• Es una enfermedad autoinmune</li> <li>• Provocar dolor en articulaciones con menos hinchazón que en la artritis reumatoide</li> <li>• Erupción cutánea, que puede asentarse en mejillas (alas de mariposa)</li> <li>• Hipersensibilidad a la luz solar: provoca irritación de piel y fiebre</li> <li>• Puede haber daño en riñón lo que se manifiesta en proteínas en la orina.</li> <li>• A veces se inflaman las membranas que recubren pulmones y corazón</li> <li>• Produce fatiga constante</li> <li>• Puede aparecer anemia o disminución de linfocitos</li> <li>• Presencia de anticuerpos antinucleares que se observan incluso después de haber diluido el suero de la paciente varias veces.</li> </ul>	<p>No hay daño la estructura del cuerpo</p> <p>Los anticuerpos antinucleares se encuentran sólo en diluciones bajas y carecen de especificidad.</p> <p>Pueden solaparse</p>
<p style="text-align: center;"><b>Polimialgia reumática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecta generalmente a mayores de 50 años</li> <li>• Dolor difuso principalmente en cuello y región lumbar</li> <li>• Rigidez muscular por la mañana</li> <li>• Los análisis reflejan inflamación</li> <li>• La velocidad de sedimentación rebasa los 50 mm/hr</li> <li>• La proteína C reactiva está alterada</li> <li>• El inicio puede datarse en semanas o meses</li> </ul>	<p>No hay inflamación</p> <p>No hay alteraciones en velocidad de sedimentación ni en proteína C</p> <p>El inicio se remonta a años</p>

Enfermedad	Fibromialgia
<p><b>Espondilitis anquilosante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor en parte baja de la espalda</li> <li>• Frecuentemente hincha articulaciones y tendones de la piernas</li> <li>• Al progresar va fusionando lentamente la columna</li> <li>• Hay alteraciones en las radiografías en especial en las articulaciones sacro-ilíacas</li> <li>• Prueba de laboratorio frecuentemente anormal (antígeno HLA-B27)</li> <li>• Mejora con medicamentos antiinflamatorios</li> </ul>	<p>No hay alteraciones en radiografías No hay antígeno</p>
<p><b>Compresión de los troncos nerviosos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser en los orificios de salida de la columna provocando dolor y hormigueo en su territorio de acción</li> <li>• Puede ser en las muñecas: síndrome del túnel del carpo: hormigueo en 3 primeros dedos de la mano</li> </ul>	<p>Distinguir mediante que los síntomas están bien localizados en territorio de acción del nervio (caso compresión) y que hay claros signos de compresión en el estudio electromiográfico.</p> <p>En bastantes ocasiones se ha operado a personas con FM</p>
<p><b>Malformación de Arnold-Chiari</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compresión en la parte baja del cerebelo en el orificio que comunica el cráneo con la columna.</li> <li>• Ello produce debilidad y hormigueo en los brazos</li> <li>• La marcha puede ser inestable</li> <li>• Dolor de cuello y en la cabeza</li> <li>• Con frecuencia debilidad y atrofia y pérdida de reflejos en los brazos</li> <li>• Aumento de reflejos en las piernas</li> <li>• Signo de Babinsky en adultos</li> <li>• Se confirma por resonancia magnética que muestran compresión de amígdalas cerebrales</li> </ul>	<p>Se puede diferenciarla con examen minucioso y resonancia magnética.</p>
<p><b>Síndrome de Sjogren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una enfermedad autoinmune</li> <li>• Característica principal: sequedad de ojos y boca resultado de inflamación crónica de las glándulas que producen las lágrimas y la saliva.</li> <li>• Puede producir cansancio y dolor en articulaciones</li> <li>• En análisis de laboratorio aparecen el factor reumatoide y anticuerpos específicos</li> </ul>	<p>No hay inflamación de glándulas No hay en análisis factor reumatoide ni anticuerpos específicos</p>
<p><b>Etapas tempranas de esclerosis múltiple</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una enfermedad que inflama el cerebro y la médula y deja cicatrices en diversas partes del SN</li> <li>• En las zonas afectadas hay pérdida de mielina</li> <li>• Puede provocar fatiga profunda</li> <li>• Induce sensaciones anormales y debilidad en alguna extremidad</li> </ul>	<p>Puede haber confusión antes de que aparezca el déficit neurológico.</p>
<p><b>Alteraciones en la función de la tiroides</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fatiga puede aparecer por hipertiroidismo o por hipotiroidismo</li> </ul>	<p>Hacer pruebas de la función tiroidea</p>
<p><b>Déficit de las glándulas suprarrenales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se produce cortisona de forma deficitaria</li> <li>• Cansancio crónico</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• A veces pigmentación exagerada de la piel</li> <li>• TA baja</li> </ul>	<p>En el déficit hay más corta evolución de las molestias y falta de producción de cortisona al inyectar ACTH (hormona que induce su liberación)</p>
<p><b>Hepatitis C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección vírica</li> <li>• Cansancio profundo</li> <li>• Pruebas de hígado alteradas</li> </ul>	<p>No hay infección, ni pruebas de hígado alteradas</p>

Enfermedad	Fibromialgia
<p><b>Síndrome de Fatiga Crónica</b> (otro nombre: encefalomiélitis miálgica)</p> <p>4 de los siguientes 8 síntomas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor en los músculos</li> <li>2. Dolor en las articulaciones</li> <li>3. Irritación de garganta</li> <li>4. Ganglios del cuello hinchados y sensibles a palpación</li> <li>5. Trastornos de concentración y memoria</li> <li>6. Dolor de cabeza</li> <li>7. Malestar después del ejercicio</li> <li>8. Trastornos del sueño</li> </ol>	<p>Diferencia reside en la intensidad de la molestia principal. En la FM es más intenso el dolor generalizado. En el SFC es más intensa la fatiga</p>
<p><b>Síndrome de la guerra del golfo</b></p> <p>Enfermedad incapacitante y crónica. Manifestaciones primordiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga extrema</li> <li>• Dolores en músculos y articulaciones</li> <li>• Dificultad concentración y memoria</li> <li>• Febrícula</li> <li>• Diarrea</li> </ul>	<p>Es muy similar a la FM. Se han visto recientemente similitudes en la alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo (SNA)</p>
<p><b>Distrofia simpático-refleja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inicia después de un traumatismo de brazo o pierna</li> <li>• Semanas después, dolor ardoroso en la extremidad afectada, con hipersensibilidad a palpación e hinchazón difusa. En ocasiones la quemazón se siente en la extremidad opuesta</li> <li>• Las molestias se tornan persistentes. Con el paso del tiempo la extremidad puede atrofiarse</li> </ul>	<p>Es un ejemplo de dolor mantenido por el sistema simpático. Martínez Lavín propone que la FM es una forma generalizada de distrofia simpático-refleja</p>
<p><b>Síndrome postpolio</b></p> <p>Se ha observado que décadas después del ataque de la poliomielitis algunos pacientes presentan debilidad y atrofia de músculos que no estaban afectados, o se acentúa la debilidad de los músculos dañados. Esto se acompaña a menudo de fatiga profunda y de dolores difusos en músculos y articulaciones parecidos a los de la FM.</p>	<p>No hay polio</p>

Cuadro V – Diagnóstico diferencial con otras enfermedades de síntomas parecidos

### 1.6.3.2. Con enfermedades psiquiátricas:

Marín (2006b) menciona:

- Simulación
- T. facticio
- Depresión atípica
- T. ansiedad
- T. del sueño
- T. Somatomorfo

- T. por dolor crónico
- T. de conversión
- T. somatomorfo indiferenciado

#### 1.6.4. Comorbilidad:

##### 1.6.4.1. Con otros síndromes:

Paulino, Mulero y Peña dice que se sabe que un 15% de las personas afectadas con síndrome de Sjögren primario tienen FM, lo que es una proporción más alta de la esperada en la población general

El SFC se presenta en el 42% de pacientes con FM, lo que abunda en un mecanismo patogénico común al menos en una gran parte de las personas afectadas. Asimismo, el SFC se solapa con la FM en un mismo paciente con cierta frecuencia.

Al respecto Marín (2006) comenta que hay dos hipótesis para lo anterior:

- **"Familias psicósomáticas"** de Stoudemire. Familias en que parecen existir deficiencias en capacidad de expresar abiertamente el afecto, incapacidad para resolver verbalmente los conflictos y negación de problemas psicológicos en general. Se dan fenómenos de aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto. No es raro que uno sufra los males de otro.
- **Trastorno por somatización:** el paciente nunca acepta otra explicación que no sea una causa orgánica. Hasta un 10% de la consulta general pueden atribuirse a esto. Se sitúa la prevalencia (aunque no es fácil entre 0,2% y 2% en mujeres y menos de 0,2% en hombres) Es más frecuente en niveles socioeconómicos bajos y antes de los 30 años, incluso en adolescencia.

##### 1.6.4.2. Psiquiátricos:

Paulino, Mulero y Peña dicen que si bien muchos médicos piensan que la ansiedad y la depresión son factores fundamentales, la frecuencia de estos procesos es igual en la FM que en otras enfermedades dolorosas crónicas como la lumbalgia o la artritis reumatoide.

Es muy probable que la mala adaptación a las situaciones de estrés sea un rasgo importante en las personas con FM, aunque cuando se estudia la frecuencia de situaciones estresantes en el entorno de estas personas, no es superior al de controles sanos.

Sin embargo para Marín (2006) la comorbilidad en general es mayor que en otras enfermedades reumáticas. Epstein et al observaron que la persona FM tiene alta

probabilidad de presentar a lo largo de su vida o actualmente, trastornos psiquiátricos, siendo los más frecuentes: depresión mayor, distimia, trastorno de pánico y fobia simple. Con los estados de ánimo es tan alta que se está considerando incluirla en el espectro depresivo.

### **1.6.5. Evaluación médico-legal:**

Marín (2006) menciona que debido a sus connotaciones pseudofuncionales, no se encuentra dentro de los diagnósticos de las incapacidades laborales, y aunque parte de las personas afectadas tienden a exagerar, aproximadamente entre el 10 y el 25% son incapaces de realizar trabajo alguno.

Blanch (Castro 2003) dice que es difícil la evaluación de la capacidad funcional y Quevedo (2004) mantiene que el punto más problemático es el que concierne a la determinación de incapacidad laboral de la persona afectada.

Lafuente et al. (2005) comentan que hay grandes controversias con respecto a la capacidad laboral, a causa de:

- Las actitudes de los médicos y no aceptación de diagnóstico como incapacitante
- Las patologías psicológicas concurrentes
- La falta de instrumentos para evaluar la incapacidad
- La dudosa eficacia del tratamiento
- El agravamiento del proceso de evaluación por la desconfianza mutua
- El desconocimiento de la relación entre las condiciones de trabajo y el agravamiento del proceso

Según países, la FM es considerada o no enfermedad incapacitante. Así en Israel y Australia no, por lo que porcentaje de incapacidad laboral es nulo. Sin embargo en EEUU, Canadá, Noruega, Suecia tienen altos porcentajes de pensionistas por esta causa. Pero la prevalencia de FM es similar en todos ellos. En España no hay datos de incapacidad laboral por este motivo.

Para Paulino, Mulero y Peña sin embargo, en contra de la creencia de muchos médicos, la FM puede ser muy incapacitante en cuanto a dificultad para hacer cosas. Los estudios realizados en este sentido, han concluido que como grupo la FM puede ser tan incapacitante como la artritis reumatoide y más que otros procesos como la bronquitis crónica o la diabetes mellitus.

El problema fundamental para los médicos laborales radica en que no hay medios objetivos para cuantificar el grado de incapacidad en un caso determinado.

## 2. ...tal como la ve un psicólogo.

La Psicología puede aportar sus conocimientos al estudio de la fibromialgia en tres aspectos:

- Psicosomática
- El dolor
- Los trastornos psíquicos concomitantes y resultantes

### 2.1. Psicosomática:

#### 2.1.1. Modelo de procesos de diagnóstico y tratamiento

Al diagnóstico de fibromialgia, además de por los criterios del ACR, en parte se llega por exclusión: no hay datos significativos en los análisis ni en las pruebas radiológicas. No es de extrañar que por lo tanto haya sido, y siga siendo, fácilmente etiquetada de enfermedad psicosomática, puesto que a este diagnóstico también se suele llegar por exclusión.

El modelo de la página 42 es una descripción de los procesos que se pueden seguir en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas somáticos.

Alguien presenta unos síntomas somáticos, y corresponde procesarlos con una óptica somática, puesto que es su aspecto predominante. Utilizando diversos procedimientos hay una cosecha de datos que se compararán con un marco de referencia, que simplificando puede considerarse un catálogo de etiquetas. De resultados de esa comparación se podrá o no etiquetar a los síntomas como trastorno somático. Caso de que no sea posible hay varias posibilidades, siendo una cómoda la de etiquetar a los síntomas como trastorno psicológico, preferentemente utilizando el término psicosomático. A continuación, una posibilidad frecuente, es que algún facultativo se anime algo más y que etiquete de acuerdo al criterio que propongo denominar **ASAD** (aprehensión, **s**ugestión, **a**nsiedad, **d**epresión) que quizás le deje más conforme. Si esto sucede, se convierte en peligrosamente alta la probabilidad de zanjar la cuestión recetando un ansiolítico (preferiblemente Lexatín) o un antidepresivo (preferiblemente Prozac), completando el tratamiento con alguna intervención verbal del tipo “Tiene usted que tomarse las cosas con más calma” o “¡Vamos. Procure animarse! Si no hay etiqueta ASAD, se le puede derivar a un especialista en salud mental, pero la persona ya ha pasado al área psíquica. Para muchos, incluidos profesionales, lo suyo es “de los nervios”.

En este área, los profesionales de la salud mental suelen aceptar dócilmente que lo que le ocurre a la persona es psíquico, puesto que no es somático. ¿Influye un posible deseo de tener más trabajo o de que la profesión tenga más relevancia social? Sería cuestión de investigarlo, pero el caso es que también tiene lugar un proceso de cosecha de datos y comparación con un catálogo de etiquetas, de resultados del cual se podrá confirmar o no la etiqueta de trastorno psíquico. Si no se le confirma, la probabilidad de etiquetar como simulación se convierte en peligrosamente alta, pero como es muy difícil poder probar esta afirmación, se puede zanjar la cuestión recetando un ansiolítico y un antidepresivo y dando cita para dentro de 45 días.

Como se puede ver en el modelo, afortunadamente hay otras posibilidades en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Pero esto que se ha narrado sucede y se hace público cuando los resultados son graves. Es un proceso basado en el razonamiento de exclusión y en la frívola credulidad en el propio conocimiento y el de los demás. La persona con fibromialgia es una buena candidata a recorrer este circuito y además varias veces y a ser etiquetada como “psicosomática”, término temido y rechazado por estas personas, como posiblemente por la mayoría de la población.

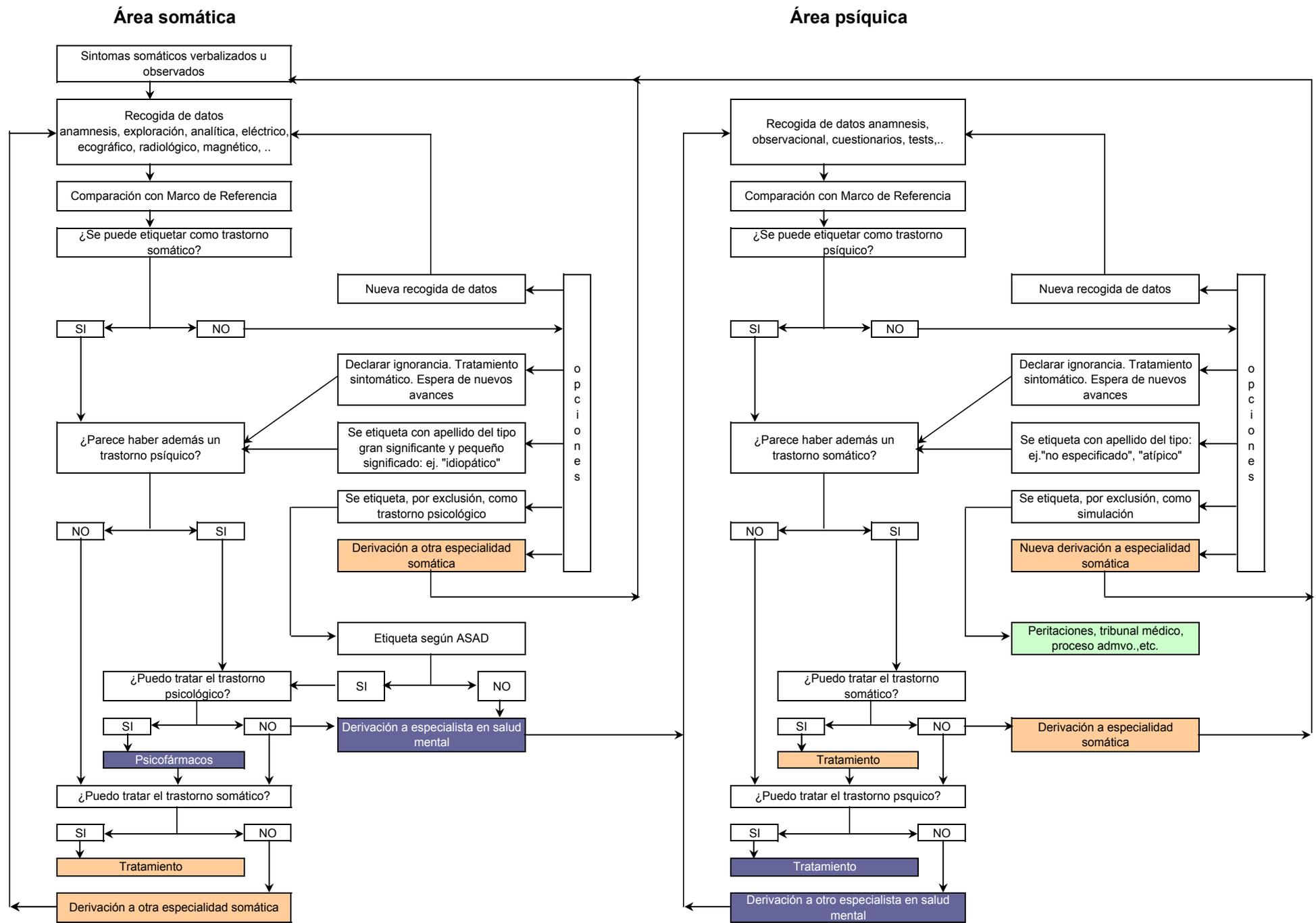


Fig. 2 - Modelo de procesos de diagnóstico y tratamiento de síntomas somáticos. M. Bucero (2006)

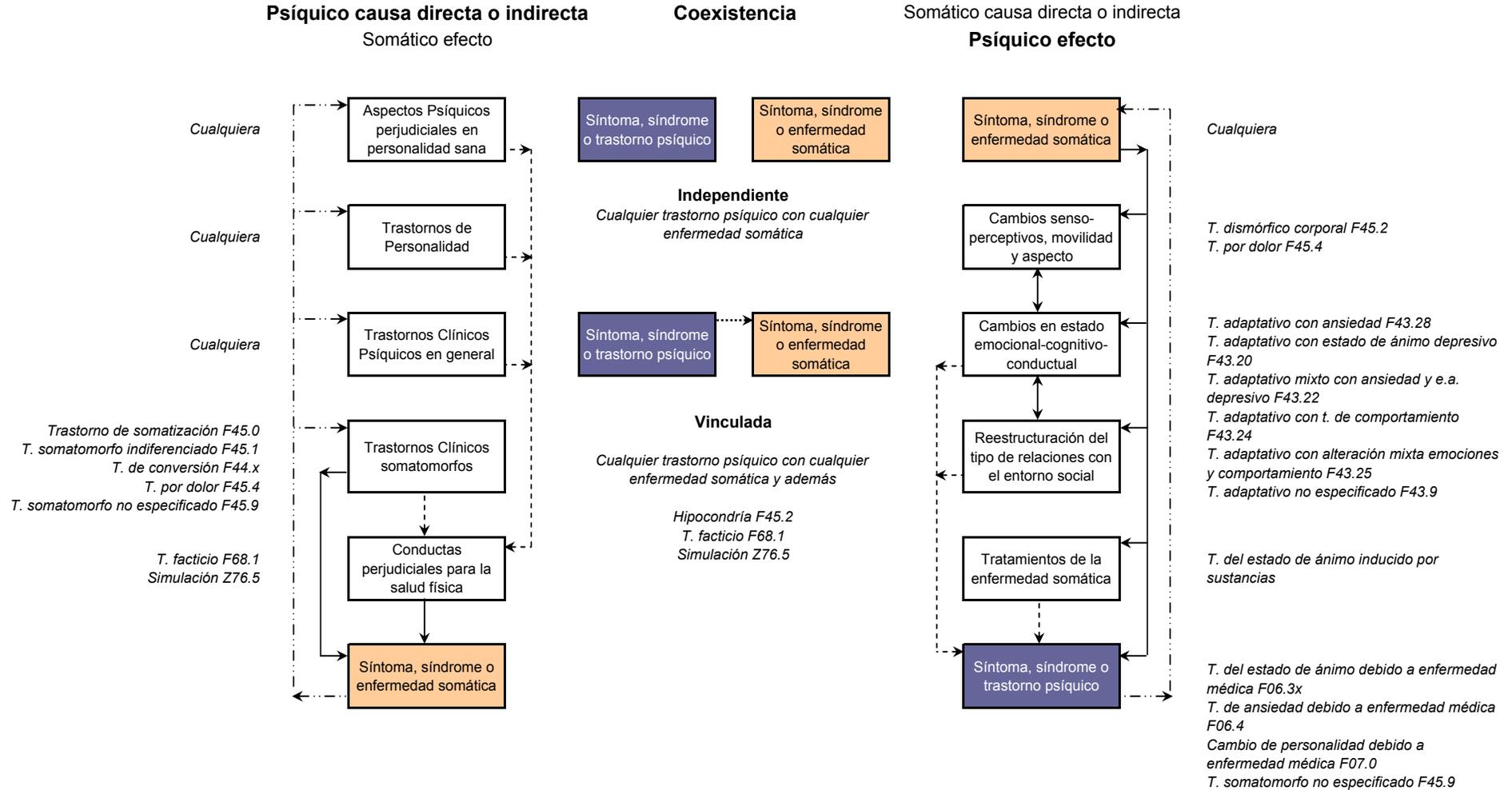
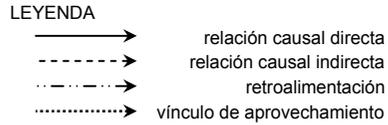


Fig. 3 - Modelo de interacciones psicósomáticas. M. Bucero (2006)

## 2.1.2. Sondeo sobre el término psicossomático

Uno de los motivos de este rechazo puede ser la evolución histórica de dicha afección, sin reconocimiento efectivo hasta 1993 por la OMS. Pero además posiblemente se deba a que el término “psicosomático” conlleve unas connotaciones desfavorables, cuando no peyorativas.

Por ello, con el afán de ir un poco más allá de lo que es una mera suposición, basada en impresiones personales, me surgió la idea de realizar un sondeo con una muestra de varias personas, para de una forma más sistemática esclarecer algo de este supuesto. Es decir, en vez de sólo suponer, iniciar una investigación para conseguir información sobre:

- qué significación pueda dar la gente al término “psicosomático”
- cómo lo califican en cuanto a su carácter de “real”.

### 2.1.2.1. Supuestos:

Se parte del supuesto constructivista (Kelly - 1955 citado por Martorell - 1996): las personas organizan perceptualmente su entorno basándose en constructos personales, es decir, en dimensiones o categorías descriptivas; y tratarán de controlar los eventos que les afectan realizando predicciones sobre ellos basándose en su teoría personal del mundo.

O de otra forma, se parte del supuesto de que cada persona tiene un concepto de lo que es y no es psicossomático y tiene un concepto de lo que es y no es real, y es precisamente “su” concepto lo que va a determinar su estado emocional-cognitivo-conductual ante algún aspecto calificado con tal término, y es lo que va a determinar su calificación ante determinadas manifestaciones de otras personas que puedan estar relacionadas con ese término.

Serían estos significados personales, de origen muchas veces no identificado, los que cada persona utilizará de forma espontánea, rápida y habitualmente ante la aparición de los términos, y no tanto los significados aprendidos mediante la enseñanza sistemática, científico-técnica.

### 2.1.2.2. Diseño del cuestionario

Se descartó, por lo costoso de la sistematización, un diseño basado en pedir a cada persona encuestada que diese una definición sobre psicósomático, o que describiese qué significado tenía para ella, y que expresara su opinión sobre si era algo real

Se optó por el modo siguiente: presentarles unas situaciones posibles ante las cuales pudiera decidir si aplicarles o no “su calificación” como psicósomático y “su calificación” como real, evitando darles cualquier orientación sobre un significado de esos términos que pudiera condicionar su propia significación.

Se eligieron para ello seis situaciones de acuerdo a un significado amplio del concepto psicósomático, como exclusivamente enunciativo de que pueden observarse aspectos psíquicos y aspectos somáticos en diversos fenómenos y estados, sin que necesariamente exista una relación causal entre ellos y siendo ésta una particularidad del significado amplio. Sería como el significado del término rojiblanco que es meramente descriptivo: rojo y blanco, sin que lo rojo cause lo blanco ni lo blanco cause lo rojo, siendo una particularidad que a veces lo blancos pongan rojos a los rojiblancos.

Es con este significado amplio con el que se puede afirmar que cualquier síntoma o cualquier enfermedad en la persona es siempre psicósomático, y decidiendo considerar las siguientes posibilidades en cuanto a interacciones:

1. Lo psíquico causa lo somático de forma indirecta
2. Lo psíquico causa los somático de forma directa
3. Lo psíquico y lo somático coexisten independientemente
4. Lo psíquico y lo somático coexisten aprovechando lo primero la presencia de lo segundo
5. Lo somático causa lo psíquico de forma directa
6. Lo somático causa lo psíquico de forma indirecta

Estas posibilidades están incluidas en el modelo de interacciones psicósomáticas de la página 43 donde además aparecen los trastornos del DSM-IV-TR (2000) que puedan estar relacionados.

Se elaboraron las seis situaciones representativas de estas seis posibles interacciones, y ante cada una de ellas se dio la posibilidad de calificar un aspecto de la misma de acuerdo

al término psicosomático y al término real, cabiendo tres opciones (sí, no, en parte sí y en parte no) para que cada encuestado se encontrara con suficiente posibilidad de respuesta.

A la vez, interesaba discriminar las variaciones que pudiera haber en razón de edad, sexo y nivel de estudios.

De acuerdo a todo ello se diseñó el cuestionario que aparece en la página 49

### **2.1.2.3. El sondeo:**

Se realizó entre los días 6 a 10 de junio de 2006 por dos procedimientos:

- Entrega personal a conocidos del cuestionario y posterior recogida
- Envío del cuestionario por correo electrónico a conocidos, solicitándoles que lo enviaran cumplimentado y a la vez que lo distribuyeran entre sus conocidos

En relación he quedado gratamente sorprendido por la buena disposición en contestar rápidamente y buscar más personas que participasen, y el interés en conocer los resultados del sondeo y “cuáles eran las respuestas correctas”. También son evidentes las posibilidades de internet para el intercambio rápido y cómodo información en este tipo de jolgorios.

### **2.1.2.4. La muestra**

Los encuestados son familiares, amigos, compañeros profesionales, antiguos y actuales pacientes, y a la vez conocidos de todos ellos.

Se utilizaron 75 de los 77 cuestionarios recibidos (2 vinieron sin rellenar).

Las edades de la muestra varían entre los 20 y los 73 años con predominancia de nivel de estudios universitarios, lo cual junto con las variaciones de sexo, queda reflejado en la Tabla I, quedando reseñados en la Tabla II los tipos de ocupaciones profesionales.

### **2.1.2.5. Los datos**

Los datos obtenidos son los que figuran en las páginas 51 a 56 (Tablas III a VII),

Algunos de los encuestados me comentaron posteriormente que habían considerado las preguntas a las situaciones como mutuamente excluyentes, es decir, que si se contestaba a la pregunta sobre si un síntoma era psicossomático, esto excluía que fuera real y viceversa. Por tanto, teniendo en cuenta además los resultados expuestos en la Tabla VIII que apuntan en la dirección de esta exclusión mutua, cabría proponer una rectificación de los resultados totales (Tabla V) otorgando a las respuestas negativas a la calificación como psicossomático, la mitad de las no contestaciones (NC), obteniéndose los resultados totales expuestos en la Tabla VIII.

#### **2.1.2.6. Comentario:**

Se observa que:

1. La posibilidad 1 de interacción de que lo psíquico cause lo somático de forma indirecta, la mayoría (60%) no lo considera psicossomático, y al síntoma de irritación intestinal lo califica la mayoría como real (79%)
2. La posibilidad 2 de interacción, de relación causal directa de lo psíquico sobre lo somático, es decir, lo psicógeno puro, la inmensa mayoría de las personas (91%) claramente la consideran psicossomática, no llegando a la mitad los que lo califican esas jaquecas como síntoma como real (43%).
3. En la posibilidad 3 de coexistencia independiente, el síntoma alucinatorio es calificado como psicossomático por una ligera mayoría (59%) y a la vez es calificado como no real por una ligera mayoría (59%)
4. Respecto a la posibilidad 4 de coexistencia con aprovechamiento, hipocondría en este caso, también una mayoría (65%) consideran psicossomático el síntoma, y más de la mitad lo califican como no real (55%)
5. Referente a la posibilidad 5, lo somático causa directa de lo psíquico, hay una dispersión de opiniones respecto a si ese estado depresivo es psicossomático, pero la mayoría (71%) consideran que es real.
6. Por último, en relación a la posibilidad 6, lo somático como causa indirecta de lo psíquico, una ligera mayoría (53%) califica la reacción paranoide como psicossomático y el 48% la califica como no real.

7. Las personas relacionadas con la salud (Tabla VII) sólo difieren notablemente de lo anterior en que la mayoría (65%) consideran la hipocondría como un síntoma real, al igual que el estar deprimido (91%)

#### **2.1.2.7. Conclusión**

Las deficiencias metodológicas de este sondeo son notables (diseño del cuestionario mejorable, muestreo sesgado hacia la población universitaria, no control de la cumplimentación del cuestionario), que podrían ser corregidas en una investigación concienzuda que pretenda ser científica y vaya más allá de un mero sondeo.

Contando con ello, sí puede comentarse que parece que el término psicossomático es aplicado sobre todo a lo psicógeno puro y en alguna medida, aunque menor, a lo psíquico, y a la vez que existe una notable tendencia a calificar como real aquello que no haya sido calificado como psicossomático, como si fueran conceptos mutuamente excluyentes.

Esto explicaría la reacción de cualquiera, pero sobre todo de las personas con fibromialgia de rechazar ser calificados como enfermos psicossomáticos, pues sería decir que lo suyo es por causas psíquicas y por tanto psiquiátricas y que no es real. Y además explicaría que algunos huyan de los psiquiatras y psicólogos como de la peste, por mucho que se empeñen los familiares, el médico de familia o el reumatólogo, los cuales a su vez posiblemente otorguen también el mismo significado al término psicossomático.

Pero con ello, bastantes de estas personas se pueden estar privando de la ayuda que puedan aportarles psicólogos y psiquiatras, siempre que ellos no tengan el mismo concepto de psicossomático, lo cual a la vista del sondeo parece dudoso.

En este sentido serían convenientes dos actuaciones:

1. Actividad educativa sobre el concepto de psicossomático dirigida a las personas enfermas cualesquiera que sea la enfermedad que padezcan, a los profesionales de la salud en general, a las Asociaciones de ayuda y a la población general.
2. Emplear el término biopsíquico o biopsicosocial para enunciar que el estado de enfermo tiene aspectos somáticos, psíquicos y sociales. Naturalmente contando con el riesgo de que cuando alguien pregunte ¿Qué es biopsicosocial? alguien responda ¡Pues lo que antes era psicossomático! a lo cual el primero diga “O sea, que es que la persona se imagina que le pasa eso”.

## CCP Cuestionario sobre el concepto de "psicosomático"

Fecha:  Día  Mes  Año
 Nombre:

1er Apellido: 
 2º Apellido:

Edad 
 Sexo  Mujer  Hombre
 Tel. 
 Email

Ocupación laboral

Estudios Primarios 
 EGB o ESO 
 Bachiller 
 Estudios Universitarios

Este cuestionario pretende sondear qué concepto tenemos de qué es y qué no es psicosomático.

A continuación se relatan seis casos posibles, en los que hay aspectos físicos (corporales, somáticos) y psicológicos (mentales, psíquicos).

Por favor, léelos y responde a las preguntas marcando con una X la respuesta que consideres adecuada

1 . A pesar de que siempre le produce irritación intestinal, una mujer cuando surge la ocasión, come chocolate porque le gusta mucho.	SÍ	NO	En parte sí En parte no
¿Esta irritación intestinal es un síntoma psicosomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta irritación es un síntoma real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 . Desde hace años, al acercarse una celebración familiar, un hombre sufre jaquecas, que pueden durarle varios días.	SÍ	NO	En parte sí En parte no
¿Estas jaquecas son un síntoma psicosomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estas jaquecas son un síntoma real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 . Un joven consulta reiteradamente al médico sobre la voces que oye en su cabeza desde que está tomando hierro para la anemia	SÍ	NO	En parte sí En parte no
¿Este "oír voces" es un síntoma psicosomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Este "oír voces" es un síntoma real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 . Al sufrir una gripe, una mujer se obsesiona con que quizás esté tan abatida, porque está baja de defensas debido a que puede haber contraído SIDA en el último análisis de sangre	SÍ	NO	En parte sí En parte no
¿Esta obsesión es un síntoma psicosomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta obsesión es un síntoma real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 . Tras haber pasado una hepatitis que le ha exigido un reposo absoluto, un hombre necesita tomar fármacos porque se siente muy deprimido	SÍ	NO	En parte sí En parte no
¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma psicosomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 . Después de un régimen de adelgazamiento con un medicamento para bajar el apetito, una mujer tiene intensa desconfianza hacia sus familiares, creyendo que en realidad la odian	SÍ	NO	En parte sí En parte no
¿Esta desconfianza es un síntoma psicosomático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Esta desconfianza es un síntoma real?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por tu colaboración

Sondeo sobre el concepto "psicosomático" - M. Bucero (2006)  
Fig. 4 - Cuestionario

		Mujeres			Hombres			Total Edad
Estudios		EGB	Bachiller	Univers.	EGB	Bachiller	Univers.	
E d a d	de 20 a 30		1	5			3	9
	de 31 a 40		2	4			3	9
	de 41 a 50	1	1	13		2	14	31
	de 51 a 60		2	12		1	5	20
	de 60 a 73		1	1			4	6
	Total Estudios	1	7	35	0	3	29	
Total Sexo		43			32			75

Sondeo sobre el concepto "psicosomático" - M. Bucero (2006)

Tabla I - Resumen de la muestra

Ejercicio profesional	nº
Sin facilitar ocupación	1
Admón. Autonómica - Jefe de Departamento	1
Admón. Central - Admvo.	3
Admón. Central - Admvo. (Psicólogo)	1
Admón. Central - Analista Informático	1
Admón. Central - Bibliotecaria	1
Admón. Local - Coordinadora	1
Admón. Local - Técnico	1
Asociación de Colegios Privados - Asesor Pedagógico (Psicólogo)	1
Bufete de abogados - Abogado	2
Bufete de abogados - Admvo.	1
Consultoría Económica - Economista	1
Consultoría Lingüística - Consultora	1
Consultoría Técnica - Consultor	1
Empresa de comunicaciones - Ingeniero	1
Empresa de comunicaciones - Jefe Laboratorio Electrónica	1
Empresa de telemarketing - Asesor comercial	1
Empresa de telemarketing - Telecomunicaciones	1
Empresa de telemarketing - Telemarketing	4
Empresa de telemarketing - Telemarketing (Psicólogo)	1
Empresa de telemarketing - Teleoperadora	1
Empresa Pública Estatal - sin facilitar puesto	2
Empresa Pública Estatal - Colaborador de Mantenimiento Integral y c RR.HH.	1
Empresa Pública Estatal - Responsable de programas (Socióloga)	1
Empresa Pública Estatal - Técnico de Recursos Humanos	1
Empresa Pública Estatal - Técnico Económico Admvo.	1
Estudiante	1
Centro de Salud - Celadora	1
Hospital público - Auxiliar de clínica	1
Hospital público - Enfermero/a	4
Hospital público - Facultativo Especialista de Área	1
Informática	1
Instalación Deportiva Municipal - Director	1
Instalación Deportiva Municipal - Director (Psicólogo)	1
Instalación Deportiva Municipal - Encargado	1
Instituto de Enseñanza Secundaria - Profesor/a	20
Investigación/Calidad/estudiante	1
Jubilada/o	3
Lingüista computacional	2
Opositor - Abogado	1
Sociedad de Asistencia Médica - Responsable de explotación informática	1
Universidad - Profesor/a (Guionista)	2
<b>Total</b>	<b>75</b>

Sondeo sobre el concepto "psicosomático" - M. Bucero (2006)

Tabla II - Profesiones de la muestra

		20 a 30 años: 9								31 a 40 años: 9								41 a 50 años: 31							
		Mujeres: 6				Hombres: 3				Mujeres: 6				Hombres: 3				Mujeres: 15				Hombres: 16			
		Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta
1	A pesar de que siempre le produce irritación intestinal, una mujer cuando surge la ocasión, come chocolate porque le gusta mucho																								
1.1	¿Esta irritación intestinal es un síntoma psicossomático?	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	33%	67%	0%	0%	0%	33%	33%	33%	7%	53%	13%	27%	38%	56%	0%	6%
1.2	¿Esta irritación es un síntoma real?	100%	0%	0%	0%	67%	33%	0%	0%	67%	17%	17%	0%	100%	0%	0%	0%	67%	13%	13%	7%	88%	0%	0%	13%
2	Desde hace años, al acercarse una celebración familiar, un hombre sufre jaquecas, que pueden durarle varios días.																								
2.1	¿Estas jaquecas son un síntoma psicossomático?	100%	0%	0%	0%	67%	33%	0%	0%	83%	17%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	87%	7%	7%	0%	100%	0%	0%	0%
2.2	¿Estas jaquecas son un síntoma real?	33%	50%	17%	0%	67%	33%	0%	0%	33%	33%	17%	17%	67%	0%	0%	33%	40%	13%	13%	33%	50%	31%	0%	19%
3	Un joven consulta reiteradamente al médico sobre la voces que oye en su cabeza desde que está tomando hierro para la anemia																								
3.1	¿Este "oír voces" es un síntoma psicossomático?	83%	0%	17%	0%	33%	33%	33%	0%	83%	17%	0%	0%	33%	33%	33%	0%	47%	20%	7%	27%	38%	50%	6%	6%
3.2	¿Este "oír voces" es un síntoma real?	0%	83%	17%	0%	33%	67%	0%	0%	0%	67%	17%	17%	67%	0%	33%	0%	33%	47%	7%	13%	38%	38%	13%	13%
4	Al sufrir una gripe, una mujer se obsesiona con que quizás esté tan abatida, porque está baja de defensas debido a que puede haber contraído SIDA en el último análisis de sangre																								
4.1	¿Esta obsesión es un síntoma psicossomático?	83%	0%	17%	0%	100%	0%	0%	0%	50%	50%	0%	0%	33%	33%	0%	33%	60%	20%	13%	7%	63%	38%	0%	0%
4.2	¿Esta obsesión es un síntoma real?	33%	67%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	33%	50%	0%	17%	67%	33%	0%	0%	33%	27%	13%	27%	31%	50%	0%	19%
5	Tras haber pasado una hepatitis que le ha exigido un reposo absoluto, un hombre necesita tomar fármacos porque se siente muy deprimido																								
5.1	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma psicossomático?	0%	67%	33%	0%	67%	33%	0%	0%	50%	33%	0%	17%	33%	33%	0%	33%	33%	40%	7%	20%	25%	56%	0%	19%
5.2	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma real?	83%	0%	17%	0%	100%	0%	0%	0%	50%	33%	17%	0%	100%	0%	0%	0%	67%	7%	13%	13%	88%	13%	0%	0%
6	Después de un régimen de adelgazamiento con un medicamento para bajar el apetito, una mujer tiene intensa desconfianza hacia sus familiares, creyendo que en realidad la odian																								
6.1	¿Esta desconfianza es un síntoma psicossomático?	100%	0%	0%	0%	33%	33%	33%	0%	67%	33%	0%	0%	33%	33%	0%	33%	53%	20%	0%	27%	38%	56%	0%	6%
6.2	¿Esta desconfianza es un síntoma real?	0%	67%	33%	0%	0%	67%	33%	0%	0%	67%	17%	17%	100%	0%	0%	0%	40%	33%	0%	27%	44%	38%	6%	13%

Sondeo sobre el concepto "psicossomático" - M. Bucero (2006)  
 Tabla III - Datos por tramos de edad y sexo

		51 a 60 años: 20								61 a 73 años: 6								Todos: 75							
		Mujeres: 14				Hombres: 6				Mujeres: 2				Hombres: 4				Mujeres: 43				Hombres: 32			
		Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta
1	A pesar de que siempre le produce irritación intestinal, una mujer cuando surge la ocasión, come chocolate porque le gusta mucho																								
1.1	¿Esta irritación intestinal es un síntoma psicossomático?	21%	<b>36%</b>	21%	21%	17%	<b>83%</b>	0%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	25%	<b>50%</b>	0%	25%	14%	<b>58%</b>	12%	16%	25%	<b>63%</b>	3%	9%
1.2	¿Esta irritación es un síntoma real?	<b>71%</b>	0%	14%	14%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	50%	50%	0%	0%	<b>74%</b>	7%	12%	7%	<b>84%</b>	9%	0%	6%
2	Desde hace años, al acercarse una celebración familiar, un hombre sufre jaquecas, que pueden durarle varios días.																								
2.1	¿Estas jaquecas son un síntoma psicossomático?	<b>93%</b>	0%	7%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>86%</b>	9%	5%	0%	<b>97%</b>	3%	0%	0%
2.2	¿Estas jaquecas son un síntoma real?	21%	<b>29%</b>	14%	36%	<b>67%</b>	33%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	25%	<b>50%</b>	0%	25%	<b>35%</b>	26%	14%	26%	<b>53%</b>	31%	0%	16%
3	Un joven consulta reiteradamente al médico sobre la voces que oye en su cabeza desde que está tomando hierro para la anemia																								
3.1	¿Este "oír voces" es un síntoma psicossomático?	<b>79%</b>	14%	0%	7%	33%	<b>67%</b>	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>75%</b>	25%	0%	0%	<b>70%</b>	14%	5%	12%	41%	<b>47%</b>	9%	3%
3.2	¿Este "oír voces" es un síntoma real?	7%	<b>64%</b>	0%	29%	50%	50%	0%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	25%	<b>50%</b>	0%	25%	14%	<b>63%</b>	7%	16%	41%	<b>41%</b>	9%	9%
4	Al sufrir una gripe, una mujer se obsesiona con que quizás esté tan abatida, porque está baja de defensas debido a que puede haber contraído SIDA en el último análisis de sangre																								
4.1	¿Esta obsesión es un síntoma psicossomático?	<b>71%</b>	14%	7%	7%	50%	50%	0%	0%	50%	0%	0%	50%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>65%</b>	19%	9%	7%	<b>66%</b>	31%	0%	3%
4.2	¿Esta obsesión es un síntoma real?	21%	<b>43%</b>	0%	36%	<b>67%</b>	33%	0%	0%	0%	50%	0%	50%	0%	<b>75%</b>	0%	25%	28%	<b>42%</b>	5%	26%	34%	<b>53%</b>	0%	13%
5	Tras haber pasado una hepatitis que le ha exigido un reposo absoluto, un hombre necesita tomar fármacos porque se siente muy deprimido																								
5.1	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma psicossomático?	<b>57%</b>	36%	7%	0%	33%	<b>67%</b>	0%	0%	50%	50%	0%	0%	<b>50%</b>	0%	25%	25%	<b>40%</b>	42%	9%	9%	34%	<b>47%</b>	3%	16%
5.2	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma real?	<b>50%</b>	14%	7%	29%	83%	17%	0%	0%	50%	50%	0%	0%	<b>50%</b>	25%	25%	0%	<b>60%</b>	14%	12%	14%	<b>84%</b>	13%	3%	0%
6	Después de un régimen de adelgazamiento con un medicamento para bajar el apetito, una mujer tiene intensa desconfianza hacia sus familiares, creyendo que en realidad la odian																								
6.1	¿Esta desconfianza es un síntoma psicossomático?	<b>71%</b>	21%	0%	7%	17%	<b>83%</b>	0%	0%	50%	0%	0%	50%	<b>50%</b>	25%	25%	0%	<b>67%</b>	19%	0%	14%	34%	<b>53%</b>	6%	6%
6.2	¿Esta desconfianza es un síntoma real?	21%	<b>50%</b>	7%	21%	<b>83%</b>	17%	0%	0%	0%	50%	0%	50%	0%	<b>50%</b>	25%	25%	21%	<b>49%</b>	9%	21%	<b>47%</b>	34%	9%	9%

Sondeo sobre el concepto "psicossomático" - M. Bucero (2006)

Tabla IV - Datos por tramos de edad y sexo. Resumen final por sexo

		20 a 30 años: 9				31 a 40 años 9				41 a 50 años 31				51 a 60 años 20				61 a 73 años 6				Total: 75			
		Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta
1	A pesar de que siempre le produce irritación intestinal, una mujer cuando surge la ocasión, come chocolate porque le gusta mucho																								
1.1	¿Esta irritación intestinal es un síntoma psicossomático?	0%	100%	0%	0%	22%	56%	11%	11%	23%	55%	6%	16%	20%	50%	15%	15%	17%	67%	0%	17%	19%	60%	8%	13%
1.2	¿Esta irritación es un síntoma real?	89%	11%	0%	0%	78%	11%	11%	0%	77%	6%	6%	10%	80%	0%	10%	10%	67%	33%	0%	0%	79%	8%	7%	7%
2	Desde hace años, al acercarse una celebración familiar, un hombre sufre jaquecas, que pueden durarle varios días.																								
2.1	¿Estas jaquecas son un síntoma psicossomático?	89%	11%	0%	0%	89%	11%	0%	0%	94%	3%	3%	0%	95%	0%	5%	0%	67%	33%	0%	0%	91%	7%	3%	0%
2.2	¿Estas jaquecas son un síntoma real?	44%	44%	11%	0%	44%	22%	11%	22%	45%	23%	6%	26%	35%	30%	10%	25%	50%	33%	0%	17%	43%	28%	8%	21%
3	Un joven consulta reiteradamente al médico sobre la voces que oye en su cabeza desde que está tomando hierro para la anemia																								
3.1	¿Este "oir voces" es un síntoma psicossomático?	67%	11%	22%	0%	67%	22%	11%	0%	42%	35%	6%	16%	65%	30%	0%	5%	83%	17%	0%	0%	57%	28%	7%	8%
3.2	¿Este "oir voces" es un síntoma real?	11%	78%	11%	0%	22%	44%	22%	11%	35%	42%	10%	13%	20%	60%	0%	20%	17%	67%	0%	17%	25%	53%	8%	13%
4	Al sufrir una gripe, una mujer se obsesiona con que quizás esté tan abatida, porque está baja de defensas debido a que puede haber contraído SIDA en el último análisis de sangre																								
4.1	¿Esta obsesión es un síntoma psicossomático?	89%	0%	11%	0%	44%	44%	0%	11%	61%	29%	6%	3%	65%	25%	5%	5%	83%	0%	0%	17%	65%	24%	5%	5%
4.2	¿Esta obsesión es un síntoma real?	22%	78%	0%	0%	44%	44%	0%	11%	32%	39%	6%	23%	35%	40%	0%	25%	0%	67%	0%	33%	31%	47%	3%	20%
5	Tras haber pasado una hepatitis que le ha exigido un reposo absoluto, un hombre necesita tomar fármacos porque se siente muy deprimido																								
5.1	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma psicossomático?	22%	56%	22%	0%	44%	33%	0%	22%	29%	48%	3%	19%	50%	45%	5%	0%	50%	17%	17%	17%	37%	44%	7%	12%
5.2	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma real?	89%	0%	11%	0%	67%	22%	11%	0%	77%	10%	6%	6%	60%	15%	5%	20%	50%	33%	17%	0%	71%	13%	8%	8%
6	Después de un régimen de adelgazamiento con un medicamento para bajar el apetito, una mujer tiene intensa desconfianza hacia sus familiares, creyendo que en realidad la odian																								
6.1	¿Esta desconfianza es un síntoma psicossomático?	78%	11%	11%	0%	56%	33%	0%	11%	45%	39%	0%	16%	55%	40%	0%	5%	50%	17%	17%	17%	53%	33%	3%	11%
6.2	¿Esta desconfianza es un síntoma real?	0%	67%	33%	0%	33%	44%	11%	11%	42%	35%	3%	19%	40%	40%	5%	15%	0%	50%	17%	33%	32%	43%	9%	16%

Sondeo sobre el concepto "psicosomático" - M. Bucero (2006)

Tabla V - Datos por tramos de edad y Resumen final

		Estudios no universitarios: 11											Estudios universitarios: 62												
		Mujeres: 8				Hombres: 3				Total: 11			Mujeres: 34				Hombres: 28				Total: 62				
		Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta
1	A pesar de que siempre le produce irritación intestinal, una mujer cuando surge la ocasión, come chocolate porque le gusta mucho																								
1.1	¿Esta irritación intestinal es un síntoma psicossomático?	13%	<b>63%</b>	0%	25%	33%	<b>67%</b>	0%	0%	18%	<b>64%</b>	0%	18%	14%	<b>57%</b>	14%	14%	24%	<b>62%</b>	3%	10%	19%	<b>61%</b>	10%	13%
1.2	¿Esta irritación es un síntoma real?	<b>88%</b>	13%	0%	0%	<b>67%</b>	0%	0%	33%	<b>82%</b>	9%	0%	9%	<b>71%</b>	6%	11%	11%	<b>86%</b>	10%	0%	3%	<b>81%</b>	8%	6%	8%
2	Desde hace años, al acercarse una celebración familiar, un hombre sufre jaquecas, que pueden durarle varios días.																								
2.1	¿Estas jaquecas son un síntoma psicossomático?	<b>63%</b>	38%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>73%</b>	27%	0%	0%	<b>91%</b>	3%	6%	0%	<b>97%</b>	3%	0%	0%	<b>97%</b>	3%	3%	0%
2.2	¿Estas jaquecas son un síntoma real?	38%	<b>38%</b>	0%	25%	<b>67%</b>	0%	0%	33%	<b>45%</b>	27%	0%	27%	<b>34%</b>	23%	17%	26%	<b>52%</b>	34%	0%	14%	<b>44%</b>	29%	10%	21%
3	Un joven consulta reiteradamente al médico sobre la voces que oye en su cabeza desde que está tomando hierro para la anemia																								
3.1	¿Este "oír voces" es un síntoma psicossomático?	<b>88%</b>	0%	0%	13%	33%	33%	0%	33%	<b>73%</b>	9%	0%	18%	<b>66%</b>	17%	6%	11%	41%	<b>48%</b>	10%	0%	<b>56%</b>	32%	8%	6%
3.2	¿Este "oír voces" es un síntoma real?	13%	<b>75%</b>	0%	13%	<b>67%</b>	33%	0%	0%	27%	<b>64%</b>	0%	9%	14%	<b>60%</b>	9%	17%	38%	<b>45%</b>	10%	10%	26%	<b>55%</b>	10%	15%
4	Al sufrir una gripe, una mujer se obsesiona con que quizás esté tan abatida, porque está baja de defensas debido a que puede haber contraído SIDA en el último análisis de sangre																								
4.1	¿Esta obsesión es un síntoma psicossomático?	<b>63%</b>	13%	0%	25%	<b>67%</b>	33%	0%	0%	<b>64%</b>	18%	0%	18%	<b>66%</b>	20%	11%	3%	<b>66%</b>	31%	0%	3%	<b>68%</b>	26%	6%	3%
4.2	¿Esta obsesión es un síntoma real?	13%	<b>63%</b>	0%	25%	<b>67%</b>	0%	0%	33%	27%	<b>45%</b>	0%	27%	31%	<b>37%</b>	6%	26%	31%	<b>59%</b>	0%	10%	32%	<b>48%</b>	3%	19%
5	Tras haber pasado una hepatitis que le ha exigido un reposo absoluto, un hombre necesita tomar fármacos porque se siente muy deprimido																								
5.1	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma psicossomático?	<b>50%</b>	38%	0%	13%	33%	33%	0%	33%	<b>45%</b>	36%	0%	18%	37%	43%	11%	9%	38%	<b>45%</b>	3%	14%	39%	<b>45%</b>	8%	11%
5.2	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma real?	50%	38%	0%	13%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>64%</b>	27%	0%	9%	<b>63%</b>	9%	14%	14%	<b>83%</b>	14%	3%	0%	<b>74%</b>	11%	10%	8%
6	Después de un régimen de adelgazamiento con un medicamento para bajar el apetito, una mujer tiene intensa desconfianza hacia sus familiares, creyendo que en realidad la odian																								
6.1	¿Esta desconfianza es un síntoma psicossomático?	<b>75%</b>	0%	0%	25%	33%	33%	0%	33%	<b>64%</b>	9%	0%	27%	<b>66%</b>	23%	0%	11%	34%	<b>55%</b>	7%	3%	<b>53%</b>	39%	3%	8%
6.2	¿Esta desconfianza es un síntoma real?	<b>63%</b>	13%	0%	25%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>73%</b>	9%	0%	18%	31%	<b>43%</b>	6%	20%	41%	<b>38%</b>	10%	10%	37%	<b>42%</b>	8%	16%

Sondeo sobre el concepto "psicosomático" - M. Bucero (2006)

Tabla VI - Datos por nivel de estudios y sexo

		Personas relacionadas con la salud:11												General			
		Mujeres: 6				Hombres: 5				Total: 11				Total: 75			
		Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta	Sí	No	Sí y No	No Contesta
1	A pesar de que siempre le produce irritación intestinal, una mujer cuando surge la ocasión, come chocolate porque le gusta mucho																
1.1	¿Esta irritación intestinal es un síntoma psicossomático?	0%	<b>67%</b>	0%	33%	40%	<b>60%</b>	0%	0%	18%	<b>64%</b>	0%	18%	19%	<b>60%</b>	8%	13%
1.2	¿Esta irritación es un síntoma real?	<b>83%</b>	17%	0%	0%	<b>80%</b>	20%	0%	0%	<b>82%</b>	18%	0%	0%	<b>79%</b>	11%	7%	4%
2	Desde hace años, al acercarse una celebración familiar, un hombre sufre jaquecas, que pueden durarle varios días.																
2.1	¿Estas jaquecas son un síntoma psicossomático?	<b>83%</b>	17%	0%	0%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>91%</b>	9%	0%	0%	<b>91%</b>	7%	3%	0%
2.2	¿Estas jaquecas son un síntoma real?	17%	17%	33%	33%	<b>80%</b>	20%	0%	0%	<b>45%</b>	18%	18%	18%	<b>43%</b>	39%	8%	11%
3	Un joven consulta reiteradamente al médico sobre la voces que oye en su cabeza desde que está tomando hierro para la anemia																
3.1	¿Este "oir voces" es un síntoma psicossomático?	<b>67%</b>	17%	0%	17%	40%	<b>60%</b>	0%	0%	<b>55%</b>	36%	0%	9%	<b>59%</b>	27%	7%	8%
3.2	¿Este "oir voces" es un síntoma real?	17%	<b>50%</b>	17%	17%	40%	40%	20%	0%	27%	<b>45%</b>	18%	9%	25%	<b>59%</b>	8%	8%
4	Al sufrir una gripe, una mujer se obsesiona con que quizás esté tan abatida, porque está baja de defensas debido a que puede haber contraído SIDA en el último análisis de sangre																
4.1	¿Esta obsesión es un síntoma psicossomático?	<b>50%</b>	33%	0%	17%	<b>60%</b>	40%	0%	0%	<b>55%</b>	36%	0%	9%	<b>65%</b>	24%	5%	5%
4.2	¿Esta obsesión es un síntoma real?	<b>83%</b>	0%	0%	17%	40%	<b>60%</b>	0%	0%	<b>64%</b>	27%	0%	9%	31%	<b>55%</b>	3%	12%
5	Tras haber pasado una hepatitis que le ha exigido un reposo absoluto, un hombre necesita tomar fármacos porque se siente muy deprimido																
5.1	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma psicossomático?	17%	<b>67%</b>	0%	17%	40%	<b>60%</b>	0%	0%	27%	<b>64%</b>	0%	9%	37%	<b>44%</b>	7%	12%
5.2	¿Este "sentirse deprimido" es un síntoma real?	<b>83%</b>	0%	0%	17%	<b>100%</b>	0%	0%	0%	<b>91%</b>	0%	0%	9%	<b>71%</b>	16%	8%	5%
6	Después de un régimen de adelgazamiento con un medicamento para bajar el apetito, una mujer tiene intensa desconfianza hacia sus familiares, creyendo que en realidad la odian																
6.1	¿Esta desconfianza es un síntoma psicossomático?	33%	33%	0%	33%	<b>80%</b>	0%	20%	0%	<b>55%</b>	18%	9%	18%	<b>53%</b>	33%	3%	11%
6.2	¿Esta desconfianza es un síntoma real?	17%	<b>67%</b>	17%	0%	40%	20%	40%	0%	27%	<b>45%</b>	27%	0%	32%	<b>48%</b>	9%	11%

Sondeo sobre el concepto "psicossomático" - M. Bucero (2006)  
 Tabla VII - Datos de personas relacionadas con la salud por estudios y/o profesión



### 2.1.3. La fibromialgia como enfermedad biopsicosocial

Con el concepto amplio de psicossomático, es evidente que la FM es una afección psicossomática, o mejor, biopsicosocial, y con las connotaciones de auténtica (no simulada) y real (no imaginaria).

Quitándole el significado peyorativo, y el sentido restringido psicógeno, se puede tener una actitud más libre para proponer hipótesis. Por ejemplo, teniendo en cuenta la alta prevalencia de mujeres que han sufrido no sólo agresiones sexuales, sino malos tratos físicos; teniendo en cuenta la idea apuntada por Margarita Pascual acerca de los posibles antecedentes infantiles, teniendo en cuenta el aspecto de persona magullada que puede inspirar la FM, y situándose en un punto de vista psicoanalítico ¿No existirá una relación entre la fibromialgia y vivencia de malos tratos en la infancia? Sería interesante investigar acerca de ello preguntando a las personas afectadas.

Pero es justo reconocer que es una afección que se puede simular bien, sea por que haya incentivos externos (incapacidad laboral, jubilaciones anticipadas) como en el caso de la simulación, o no los haya como en el caso del trastorno facticio (DSM-IV-TR). Aprenderse los síntomas de dolor generalizado, la localización de los puntos sensibles y las reacciones a la palpación en los mismos, y los demás síntomas, parece muy factible.

También tiene el riesgo de que se convierta en un “cajón de sastre” similar a la etiqueta psicossomático, o en su momento la etiqueta depresión, sustitutiva popularmente de la anterior “de los nervios”.

## 2.2. El dolor

Independiente de sus causas, el hecho es que el dolor está presente. Cada día es más vigente el enfoque multidimensional del dolor (Miró 2003) en el que cabe distinguir los siguientes aspectos:

- **Nocicepción:** es el proceso sensorial que implica la activación de los receptores, la transmisión de la información desde la periferia hasta el SNC y el control sobre la transmisión de los impulsos en las vías del dolor. Es un fenómeno fisiológico, una experiencia meramente sensorial.

- **Dolor:** proceso perceptivo en el que intervienen los centros nerviosos superiores. Puede ocurrir sin que se dé nocicepción como en el caso del dolor en miembro fantasma.
- **Sufrimiento:** siempre lo implica el dolor y es según Bonica (1990) (citado por Miró 2003) un estado de malestar asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona. Tiene dos aspectos:
  - Una experiencia subjetiva individual
  - Una experiencia externa de comunicación de ese estado.
- **Conductas del dolor:** son las formas de comunicar el dolor, que pueden ser verbales o no verbales (taparse la parte dañada, apretarse, etc.). A veces la conducta continúa a pesar de no haber dolor. Son muy interesantes los modelos explicativos de conductas del dolor ofrecidos por Miró (2003) desde el condicionamiento clásico, el operante y el modelado, que modula la forma de expresión del dolor.
- **La discapacidad:** surge del deterioro físico y psíquico al que están expuestos la mayoría de los enfermos y enfermas con dolor crónico (por ej. la inactividad para evitar el dolor, y el deterioro muscular resultante)
- Esta concepción multidimensional permite una importante aportación de la Psicología en el caso de las personas con dolor crónico, tal como ocurre en la fibromialgia. Se puede proceder a:
  - Evaluar la intensidad del dolor con entrevistas y escalas (categoriales, numéricas o analógico-visuales), localización del dolor (con el dibujo del dolor), las características del dolor (con el diario del dolor, los autorregistros, o los cuestionarios del dolor)
  - Evaluar la conductas del dolor con observación directa y autorregistros
  - Evaluar la discapacidad con las diversas escalas e inventarios
  - Intervenir en la concepción del dolor, su intensidad y sus aspectos limitantes, mediante las diversas actuaciones terapéuticas (en la siguiente sección, en los tratamientos se mencionaran unas cuantas)

## 2.3. Los trastornos psíquicos concomitantes y resultantes

En principio, la fibromialgia no supone una vacuna frente a todo lo demás, por lo que la persona puede sufrir a la vez diversos trastornos psíquicos y también que la propia afección genere dichos trastornos (ver modelo de psicósomática en pág. 44) Es necesario el diagnóstico diferencial y el tratamiento de esas afecciones psíquicas paralelas o resultantes.

Las posibilidades son múltiples y en los cuadros VI a IX se expone un resumen de las características de trastornos que pueden estar más relacionados con la FM

**Trastornos Somatomorfos.  
Hipocondría. T. Dismórfico  
T. Facticio y Simulación. ( I )**

	<b>T. de somatización</b> F45.0 [300.81]	<b>T. somatomorfo indiferenciado</b> F45.1 [300.82]	<b>T. de conversión</b> F44.x [300.11]	<b>T. por dolor</b> F45.4	<b>T. somatomorfo no especificado</b> F45.9 [300.82]	<b>Hipocondría</b> F45.2 [300.7]	<b>T. dismórfico corporal</b> F45.2 [300.7]	<b>T. facticio</b> F68.1 [300.xx]	<b>Simulación</b> Z76.5 [V65.2]
Malestar clínicamente significativo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ		
Deterioro de área importante de actividad	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ		
Se explica mejor por otro trastorno mental	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Cualquiera de siguientes características	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ				
- Ninguno de los síntomas pueden explicarse por enfermedad médica conocida o efectos de sustancias, o por experiencia o conducta culturalmente normales									
- Si hay enfermedad médica, los síntomas y deterioro de actividad son excesivos									
Los síntomas pueden ser:									
- Físicos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ			SÍ	SÍ
- Psíquicos								SÍ	SÍ
Los síntomas se producen intencionadamente o son simulados	NO	NO	NO	NO	NO			SÍ	SÍ
Preocupación excesiva por defecto del aspecto físico ligero o imaginado						SÍ	SÍ		
Convicción o miedo persistente de padecer enfermedad grave:						SÍ			
- A partir de interpretación personal de síntomas físicos									
- A pesar de que exploraciones y explicaciones médicas no lo justifican									
- Con o sin conciencia de preocupación injustificada o excesiva									
Recurrentes	SÍ								
Nº síntomas	MÚLTIPLES	UNO O MÁS	UNO O MÁS						
Edad de comienzo	antes 30								
Duración	Años	= o > 6 meses		AGUDO: < 6 meses CRÓNICO: = o > 6 meses	< 6 meses	= o > 6 meses			
Que existan todos los siguientes tipos de síntomas	SÍ								
- 4 dolorosos ( en 4 zonas o 4 funciones)									
- 2 gastrointestinales (distintos a anterior)									
- 1 sexual (distintos a 01)									
- 1 seudoneurológico (distintos a 01)									
Dolor grave en una o más zonas corporales				SÍ					
Afecta a funciones motoras o sensoriales			SÍ						
Sugiere enfermedad neurológica o médica			SÍ						

Cuadro VI - Resumen de criterios diagnósticos elaborado a partir del DSM-IV-TR. M.Bucero (2005)

**Trastornos Somatomorfos.  
Hipocondría. T. Dismórfico  
T. Facticio y Simulación. ( II )**

	T. de somatización F45.0 [300.81]	T. somatomorfo indiferenciado F45.1 [300.82]	T. de conversión F44.x [300.11]	T. por dolor F45.4	T. somatomorfo no especificado F45.9 [300.82]	Hipocondría F45.2 [300.7]	T. dismórfico corporal F45.2 [300.7]	T. facticio F68.1 [300.xx]	Simulación Z76.5 [V65.2]
Se considera asociado a factores psíquicos porque inicio o exacerbación del cuadro es precedido por conflictos u otros acontecimientos estresantes			sí						
Los factores psíquicos desempeñan factor importante en inicio, gravedad, exacerbación o persistencia del dolor				sí					
La enfermedad médica desempeña un factor importante en inicio, gravedad, exacerbación o persistencia del dolor				sí					
Verosimilitud en relación directa a conocimientos médicos			sí						
Se limita a dolor o disfunción sexual			NO						
Aparece exclusivamente en un t. de somatización			NO						
Búsqueda de atención médica	sí	sí		sí				sí	sí
Necesidad de reevaluación de diagnóstico			ALTA						
Búsqueda del papel de enfermo								sí	sí
Hay incentivos externos								NO	sí
Contexto médico legal									sí
Discrepancia entre lo explicado por la persona y los datos objetivos de la exploración									sí
Falta de cooperación: durante el diagnóstico y en cumplimiento de prescripciones									sí
Presencia de trastorno antisocial de la personalidad									sí
Los síntomas no ceden por sugestión o hipnosis									sí
Subtipos			motor F44.4	asociado a factores psicológicos [307.80]	Seudociesis			predominio síntomas físicos [300.16]	
			sensorial F44.5	asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica [307.89]	Síntomas hipocondríacos no psicóticos			predominio síntomas psíquicos [300.19]	
			crisis y convulsiones F44.6		Síntomas físicos no explicados (por ej. cansancio, debilidad muscular)			síntomas físicos y psíquicos [300.19]	
			presentación mixta F44.7					<b>T. facticio no especificado</b> F68.1 [300.19] por ej. sobre custodiados	

Cuadro VII - Resumen de criterios diagnósticos elaborado a partir del DSM-IV-TR. M.Bucero (2005)

**Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de personalidad, debido a enfermedad médica**

	T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica F06.3x [293.83]	T. de ansiedad debido a enfermedad médica F06.4 [293.84]	Cambio de personalidad debido a enfermedad médica F07.0 [310.1]	T. del estado de ánimo inducido por sustancias
Malestar clínicamente significativo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Deterioro de área importante de actividad	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Se explica mejor por otro trastorno mental	NO	NO	NO	NO
Alteración es consecuencia fisiológica directa de enfermedad médica	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	
Aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium	NO	NO	NO	NO
Alteración del estado de ánimo notable y persistente caracterizada por: - Estado de ánimo depresivo, y/o - Disminución de intereses o de placer en muchas o todas actividades y/o - Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable	<b>SÍ</b>			<b>SÍ</b>
Predomina la ansiedad prominente y/o crisis de angustia o obsesiones/compulsiones		<b>SÍ</b>		
Alteración duradera que representa un cambio de las características previas de la personalidad del sujeto		<b>SÍ</b>		
Hay pruebas de que: - Los síntomas aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia - El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado - No se explica mejor por otro t. estado ánimo no inducido por sustancias				<b>SÍ</b>
Subtipos	con síntomas depresivos F06.32  con episodio similar al depresivo mayor F06.32  con síntomas maníacos F06.30  con síntomas mixtos F06.33			Alcohol F10.8 [291.8], Alucinógenos F16.8 [292.84], Anfetaminas F15.8 [292.84], Cocaína F14.8 [292.84], Fenciclidina [292.84], Inhalantes F18.8 [298.84], Opiáceos F11.8 [298.84]  Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos F13.8 [292.84], Otras sustancias F19.8 [292.84]
Especificar		con ansiedad generalizada con crisis de angustia con síntomas obsesivos-compulsivos	<b>tipo lábil:</b> predomina labilidad afectiva <b>tipo desinhibido:</b> predomina descontrol impulsos, ej. Indiscreción sexual <b>tipo agresivo:</b> predomina comportamiento agresivo  <b>tipo apático:</b> predomina apatía e indiferencia <b>tipo paranoide:</b> predomina suspicacia o ideación paranoide <b>otros tipos:</b> ninguno de los anteriores <b>tipo combinado</b> <b>tipo no especificado</b>	con síntomas depresivos con síntomas maníacos con síntomas mixtos  inicio durante intoxicación inicio durante abstinencia
Ej. de Enfermedades médicas productoras	<b>endocrinas:</b> hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticoadrenal <b>patología vascular cerebral:</b> accidente vascular cerebral  <b>autoinmunes:</b> lupus eritematoso, sistémico <b>infecciones víricas:</b> hepatitis, mononucleosis, VIH <b>neurológicas degenerativas:</b> Parkinson, Huntington <b>oncológicas:</b> carcinoma de páncreas	<b>endocrinas:</b> hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hiperadrenocorticismo <b>cardiovasculares:</b> insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias <b>respiratorias:</b> enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación <b>metabólicas:</b> déficit vitamina B12, porfirias <b>neurológicas:</b> neoplasias, t. vestibulares, encefalitis		

Cuadro VIII - Resumen de criterios diagnósticos elaborado a partir del DSM-IV-TR. Bucero (2005)

## Trastornos adaptativos

	T. adaptativo con estado de ánimo depresivo F43.20 [309.0]	T. adaptativo con ansiedad F43.28 [309.24]	T. adaptativo mixto con ansiedad y e.a. depresivo F43.22 [309.28]	T. adaptativo con t. de comportamiento F43.24 [309.3]	T. adaptativo con alteración mixta emociones y comportamiento F43.25 [309.4]	T. adaptativo no especificado F43.9 [309.9]
Malestar clínicamente significativo mayor de lo esperable en respuesta a estresante	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Deterioro de área importante de actividad	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Se explica mejor por otro trastorno mental	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Existencia de uno o más estresantes identificables	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Aparecen síntomas dentro de 3 meses siguientes a estresante	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Es una exacerbación de un trastorno mental o de personalidad	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Los síntomas responden a una reacción de duelo	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Cuando cesa estresante o sus consecuencias no duran más de 6 meses	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Predomina estado de ánimo depresivo, llanto, desesperanza	<b>SÍ</b>		<b>SÍ</b>		<b>SÍ</b>	
Predomina inquietud, nerviosismo, preocupación. En niños miedo a separación de figuras con mayor vinculación		<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>		<b>SÍ</b>	
Predominio de violación de derechos de los demás y/o reglas y normas sociales				<b>SÍ</b>	<b>SÍ</b>	
Reacciones desadaptativas a estresantes psicosociales, que no son clasificables en otros tipos de t.adap. Por ej. - quejas somáticas - aislamiento social - inhibición académica o laboral						<b>SÍ</b>
Especificar	agudo: < 6 meses crónico: = o > 6 meses (por estresante crónico)	agudo: < 6 meses crónico: = o > 6 meses (por estresante crónico)	agudo: < 6 meses crónico: = o > 6 meses (por estresante crónico)	agudo: < 6 meses crónico: = o > 6 meses (por estresante crónico)	agudo: < 6 meses crónico: = o > 6 meses (por estresante crónico)	agudo: < 6 meses crónico: = o > 6 meses (por estresante crónico)

Cuadro IX - Resumen de criterios diagnósticos elaborado a partir del DSM-IV-TR. M. Bucero (2005)

## 3. ¿Qué puede hacer usted después de decirle FM?

Bien, después de muchos trances, o de pocos si ha sido afortunada, la persona está diagnosticada como fibromiálgica. Ya tiene una etiqueta que orienta y por tanto disminuye la indeterminación y por ello está menos ansiosa. Una etiqueta que, como todas, se sabe que limitará, máxime al ser de las del cajón “enfermedad”, que son las malas. Lo que no se sabe es en qué limitará, lo que no se sabe es si son de las de la caja “enfermedad mortal” que son las pésimas. Nuevo estado de ansiedad, nueva necesidad de orientarse, de estructurar cuál es la situación para poder sentir, pensar y actuar sin las oscilaciones de la incertidumbre entre el temor a lo fatal y el deseo de “que no sea muy malo”.

### 3.1. Actuaciones

#### 3.1.1. Orientación REB:

Una vez comunicado el diagnóstico conviene rápidamente disminuir ese nuevo estado de ansiedad, para lo que inmediatamente hay darle a la persona una orientación REB, es decir, que sea:

- **Realista:** propiciará una posición cognitiva más racional y eficaz.
- **Esperanzadora:** estimulará la elaboración saludable de la situación emocional depresiva en la que inevitablemente se colocará la persona.

El diagnóstico le ha confirmado a la persona que efectivamente ha sufrido una pérdida: la buena salud se ha perdido.

Pensando desde un punto de vista psicoanalítico, similar al de Melanie Klein, ante la pérdida pueden aparecer varias reacciones:

- Negación de que haya habido una pérdida, con lo cual se falsea la realidad y disminuye la posibilidad de adaptación beneficiosa.
- Aferramiento a lo perdido, con lo cual existe un estancamiento en la situación depresiva, que se cronifica apareciendo un estado depresivo y un posible trastorno psiquiátrico depresivo.

- Duelo: tristeza, despedida y separación de lo perdido, con lo cual hay una aceptación del cambio habido en la realidad, de los sentimientos que ha producido y de la posibilidad de seguir teniendo una vida en muchos momentos agradable.
- **Breve:** disminuirá la influencia que en la comprensión intelectual tiene el nivel educativo, la edad y las características socioculturales y étnicas. Posibilitará dar la orientación incluso en la congestionada consulta médica pública donde, según algunos compañeros del curso, en ocasiones se dispone de sólo 3 minutos para cada persona.

En este sentido, teniendo en cuenta lo recopilado sobre fibromialgia (Paulino, Mulero, y Peña) (Blanch en Castro 2003) (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) (Martínez Lavín 2006) (Marín 2006), propongo que a la persona afectada se le diga que:

- 1. No es una enfermedad mortal, no destruye, no deforma y no contagia.**
- 2. Todavía no se sabe qué la provoca, pero se conoce bien cómo es.**
- 3. Todavía no tiene cura, pero hay buenas armas para combatir sus males.**

El orden y las palabras elegidas pretenden cumplir las características REB.

Es una forma de decir que no existe curación en el momento actual, (Paulino, Mulero, y Peña) (Blanch en Castro 2003) (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) (Martínez Lavín 2006) (Marín 2006), de modo que de lo que se trata es de mejorar la calidad de vida, realizar un tratamiento sintomático y lograr bienestar psicológico, Es decir, tratamientos dirigidos a aliviar síntomas: dolores musculares, malestar, períodos de ansiedad o depresión, sueño no reparador.(Quevedo 2004), serie de medidas que han demostrado mejorar a veces sustancialmente la calidad de vida de quien padece (Paulino, Mulero y Peña)

Hay que tener en cuenta como señala Pilar Castro (2993) que en la desesperación se busca cualquier remedio alternativo. Es muy interesante leer en su libro (págs. 91 a 100) el capítulo sobre la fotografía del colesterol.

### **3.1.2. Quién conviene que la trate y cómo:**

Respecto a los actores de este drama, no obligatoriamente tragedia, que supone la fibromialgia, hay varias posiciones:

- La que considera que corresponde al reumatólogo su estudio, diagnóstico y tratamiento, si bien con la participación del médico de atención primaria como el sanitario más próximo al paciente (Paulino, Mulero y Peña)
- La que expone que debe ser un tratamiento multidisciplinar (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) (Martínez Lavín 2006) con psiquiatra, psicólogo, fisioterapeutas, reumatólogos, médicos especializados en el tratamiento del dolor, y con un tratamiento individualizado, con medidas a aplicarse en el área educacional y social, farmacológica/terapias alternativas, rehabilitadora y física, y psicológica, siendo el médico de familia fundamental puesto que puede identificar a las personas con FM y liberarlas del peregrinar de unos médicos a otros. (Lafuente et al. 2005)
- Una integradora, que sostiene que en la mayoría de los casos el tratamiento puede ser instaurado por el médico de Atención Primaria, derivando al especialista los casos que no responden a las técnicas básicas de manejo, o con patología concomitante. En estos casos es recomendable el tratamiento multidisciplinar: reumatólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas y a veces unidades del dolor (Marín 2006)

Lafuente et al (2005) exponen la Propuesta del Grupo de Trabajo Coordinado por la Unidad de Prestaciones de la Subdirección General de Programas y Servicios Sanitarios de la Dirección General de Planificación Sanitaria, Sistemas de Información y Prestaciones, que en alguna medida requiere el tratamiento personalizado.

**Nivel terapéutico I:** afectación vital leve (mínima interferencia en las actividades cotidianas): educación, ejercicio físico no supervisado, tratamiento farmacológico para control del dolor. Puede ser asumido por el médico de familia

**Nivel terapéutico II:** afectación vital moderada (moderada interferencia en las actividades cotidianas): programa educacional, intervención familiar, ejercicio físico supervisado, tratamiento farmacológico para control del dolor, trastornos del sueño, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad. Puede ser asumido por el médico de familia.

**Nivel terapéutico III:** afección vital severa (marcada interferencia en las actividades cotidianas): programa de tratamiento multidisciplinar: farmacológico, rehabilitador, psicológico y educacional y social. Conviene que el médico de familia aplique los siguientes **criterios de derivación a atención especializada:** duda diagnóstica razonable, afectación vital severa, falta de respuesta al nivel terapéutico II, intolerancia o hipersensibilidad a fármacos de los niveles I y II

En todas estas posiciones, no se menciona a la actriz/actor principal: la persona fibromiálgica.

Será práctico diseñar informaciones que por su forma y su contenido orienten a la persona, la sosieguen, la incentiven a actuaciones saludables y le enseñen conductas factibles y eficaces. Y para ello es conveniente considerar las diferentes características emotivo-cognitivo-conductuales-sociales que pueden tener las personas. En ello se puede contar con los conocimientos de los psicólogos, y no exclusivamente los de la salud, y también de los pedagogos, los profesionales de la didáctica, de cómo enseñar.

Conviene también considerar que el médico de familia suele disponer de poco tiempo de dedicación a cada enfermo. En la consulta pública por la disponibilidad económica gubernamental, y en la consulta privada por la necesidad económica para satisfacer los gastos personales. Esto conlleva la conveniencia de que se diseñen protocolos de actuación eficaces, de fácil y breve explicación y de rápida ejecución, tanto en la información aclaratoria, como en la prescripción de fármacos o de consejos de estilo de vida. En este diseño, la colaboración entre reumatólogos, neurólogos, médicos de familia, psicólogos, fisioterapeutas, rehabilitadores, etc. será un instrumento de eficiencia.

Así pues, puede concluirse:

- La persona afectada y el médico de familia son siempre fundamentales en el tratamiento
- Siempre conviene que el tratamiento sea personalizado
- Siempre conviene la participación multidisciplinar en el diseño de procedimientos de intervención
- En ocasiones es necesario el tratamiento multidisciplinar de la persona.

### **3.1.3. Intervención educativa:**

Los actores son la persona afectada y los profesionales de la salud y de la didáctica, pero también la pareja, los familiares y los amigos. El público es la gente, esos seres humanos que aunque sabemos que están hay, no son para nosotros significativos por lo que les otorgamos, según Harry Stack Sullivan, la categoría de “no personas”.

Pues bien, una intervención es la educativa, enseñar qué es la fibromialgia, sus características, su diagnóstico, lo que se supone de sus causas pero no se sabe, lo que se conoce de su tratamiento. Educar a varios ámbitos:

#### 1. Los profesionales de salud:

- Médicos: Paulino, Mulero y Peña dice que la FM se estudia poco en los libros de texto de la Facultad de Medicina, los estudiantes reciben más información externa.
  - Lafuente et al (2005) dicen que el médico debe dar respuesta a las cinco cuestiones de:
    - ¿Qué es la fibromialgia?
    - ¿Cómo se diagnostica?
    - ¿Qué se conoce sobre la FM?
    - ¿Cuál es su tratamiento?
    - ¿Cuál es su pronóstico?

Con lo cual es necesario que primeramente él tenga esa información.

- Rehabilitadores
- Psicólogos
- Fisioterapeutas
- Enfermeros
- Auxiliares de clínica y celadores.

#### 2. La persona afectada:

Paulino, Mulero y Peña dicen que el conocimiento por parte del enfermo de cual es su enfermedad, como se manifiesta y cual es su futuro, es esencial e imprescindible.

Tanto Martínez Lavín (2006) como Marín (2006) resaltan la conveniencia de los grupos de discusión para informar sobre la FM. Este resalta el explicar la naturaleza de la enfermedad, que es crónica pero benigna, como se manifiesta y la evolución esperada. Educarle para que evite situaciones que agraven, los factores de estrés deben ser identificados.

#### 3. La pareja y los familiares

#### 4. La sociedad general

Lafuente et al (2005) al respecto comentan que las personas con FM se encuentran con la dificultad de superar el desconocimiento profundo de su enfermedad por parte de la sociedad. La fibromialgia sólo es una realidad para el pequeño círculo de familiares y

amigos íntimos de la enferma. La población general valora la FM oscilando entre la consideración de la enfermedad como una expresión de falta de voluntad o cómo un problema de índole psicológica de menor entidad. Pero un ambiente familiar, social y laboral acorde al problema, disminuiría las secuelas de la misma.

Mulero al respecto de esta enfermedad dice literalmente que es "mal conocida y peor entendida, suele solaparse con alteraciones de tipo nervioso, de ansiedad o depresión, con las que puede coexistir y esto transmite a la sociedad y a la familia un mensaje de banalidad y escasa entidad en una sociedad que sigue dirigida por y para varones, en un proceso que es cosa, sobre todo de mujeres."

Creo que las Asociaciones de afectados son unos de los motores que pueden mover que se de la información adecuada en los programas radiofónicos y televisivos dedicados a la salud o a temas de actualidad.

### **3.1.4. Plan de Actuación Saludable (PAS):**

Creo operativo utilizar este término para englobar todas aquellas recomendaciones sobre los modos de sentir, pensar, actuar y en general de vivir más convenientes para la persona con FM, y que se suelen expresar en los diversos decálogos de consejos.

Interesa que las recomendaciones enseñen conductas factibles y eficaces. A veces los consejos señalan el objetivo a cumplir, pero no el cómo lograrlo con lo cual la persona no se ve reforzada en su postura activa frente a la enfermedad. En este sentido es un buen ejemplo la Guía de Comeche y Martín que facilita AFIBROM.

Si consideramos la fibromialgia como un acontecimiento, un suceso, y en este caso concreto una enfermedad bio-psico-social, podemos organizar las recomendaciones del modo que se expondrá después de la una breve anécdota.

Hace muchos años, conocí a un hombre que, según dijo, había ocupado un puesto muy alto en la jerarquía de dirección de la entidad de tranvías de Barcelona (antecesores respetables de los nuevos del Foro de las Culturas del año 2004) y me contó que, de resultas de sus responsabilidades, comenzó a estar día y noche obsesionado con su trabajo, sin poder descansar bien, por lo que su estado desde el punto de vista psíquico comenzó a ser crítico. Su médico de cabecera, que se llamaba entonces, le dijo imperativamente: "¡Despreocúpate! ¡Ocúpate!" Y, según me contó, siguió el consejo, y en vez de preocuparse, comenzó a ocuparse. A partir de ahí se empezó a sentir bien. Creo que el término ocuparse en la fibromialgia, se aplica adecuadamente. Hay que ocuparse de:

## 1. El dolor:

Conocimiento del dolor: es el primer paso. Según Quevedo 2004, algunas Asociaciones de afectados recomiendan llevar un "diario del dolor" en el que se registre las intensidades, lugar, duración y variaciones. El registro del dolor también es aconsejado por Miró (2003). Comeche y Martín reseñan como técnica la identificación de zonas del cuerpo más propensas a tensarse, y actividades y situaciones más tensionantes.

Carmona menciona que es conveniente conocerlo y asumirlo, evaluar el dolor en el tiempo y equilibrar sus efectos. Así recomienda "diario de dolor", manejar el dolor conociendo cómo funciona el propio cuerpo, cuidar de sí mismo con equilibrio un entre esfuerzo y descanso.

Acción sobre el dolor: Comeche y Martín sugieren baños relajantes, un manta caliente, respiración lenta y utilizar una cinta de relajación. Baños relajantes, manta caliente, escuchar música, paseos, respiración lenta, cinta de relajación. Una muy apropiada será la de Carmen Macho "Nuevas Técnicas de Relax".

Es muy interesante la sugerencia de Pilar Castro (2003) acerca de las opciones de actividad para cuando el dolor se sufre peor, y cuando parece estar menos presente.

Las actividades gratificantes, según Comeche y Martín sirven para evitar la actitud de pasividad que produce inactividad y facilita la depresión. Y en esta línea están las actividades para evitar la focalización de la atención en el dolor: relajarse y concentrarse en imaginar estímulos reales fuera del cuerpo. Disminuir los comentarios sobre el dolor, evitan el refuerzo de las conductas dolorosas (Comeche y Martín) (Miró 2003).

2. **El tiempo:** recomendado por Quevedo (2004) y Carmona recomienda adaptar metas, establecer objetivos a corto y largo plazo, (descomponiéndoles), valorar lo conseguido y no desanimarse

## 3. La alimentación:

Quevedo 2004 lo recomienda tanto para rebajar el estrés que supone el sobrepeso como influir sobre el equilibrio bioquímico modulando respuestas como el dolor o las inflamaciones

Beltrán y Sierra dan un decálogo alimenticio y la norma de "desayuna como un rey, come como un príncipe y cena como un mendigo"

En FM es básico el aporte de calcio (bajas dosis en sangre produce espasmos musculares) y magnesio (su carencia produce apatía, debilidad, calambres y estremecimientos musculares e interrupción en el proceso de producción de energía del cuerpo)

También de triptófano, aceites omega-3, azúcares naturales y chocolate (efecto todos ellos sobre depresión)

En brote agudo de dolor: seguir una dieta blanda, consumir pequeña cantidad varias veces al día, beber 1,5 l de agua

Vómitos: dieta a base de papillas, puré y yogur blanco desnatado, beber infusiones y zumos naturales no ácidos sin azúcar. Tomas pequeñas y frecuentes cada 30 o 60 minutos.

- 4. La estática y la cinética corporal:** educarse en las posturas y movimientos, en la forma de sentarse y estar sentado, levantarse, caminar, coger pesos. Correcciones de disimetrías y alteraciones de la estática con el uso plantillas, alzas y demás correcciones ortopédicas son consejos de Blanch (en Castro 2003) y de Quevedo (2004). Paulino, Mulero y Peña también insisten en ello, al igual que Marín (2006) y Carmona.

#### **5. El ejercicio:**

Los beneficios para Paulino, Mulero y Peña del ejercicio físico es que puede mejorar la capacidad de tolerancia al dolor, el humor y facilitar el sueño reparador. Además proporciona relajación física y psicológica, ayuda a conseguir el peso adecuado, a mantener convenientes niveles en sangre de azúcar, colesterol y tensión arterial. Además es bueno para prevenir la osteoporosis y para mejorar el dolor de espalda crónico.

El modo de hacerlo aconsejado por ellos es el lentamente progresivo, poco a poco. En cada sesión comenzar con ejercicios lentos y suaves; luego actividad durante 20 minutos, aminorando ritmo en los 3 últimos minutos. Caso de cansarse mucho, o aparecer otros síntomas diferentes a los habituales, conviene consultar al médico.

Marín (2006) al respecto sugiere el sistema de entrenamiento de salud cardiovascular, comenzando también de forma progresiva. Caminar o nadar 3 veces por semana durante 20 semanas disminuyen el dolor y mejora las actividades de la vida diaria. Explicar al paciente de FM que el aumento del dolor es solo al inicio del ejercicio.

El tipo, según Lafuente et al (2005) es el aeróbico de bajo impacto: consume cantidad apreciable y continua de oxígeno para que las grandes masas musculares puedan utilizar las grasas como fuente principal de energía. Este tipo evita atrofia muscular, fomenta la circulación y nutre mejor el músculo dándole fuerza y vigor. Marín (2006) también es partidario de este tipo al igual que Quevedo (2004)

Las actividades sugeridas son: ejercicios de estiramiento que ayudan a aliviar la tensión y los espasmos musculares manteniendo la flexibilidad (Lafuente et al 2006) (Marín 2006) (Blanch en Castro 2003). Quevedo (2004) menciona los ejercicios de estiramiento

suaves, utilizando un rociador para enfriar y estirar, puede usarse la "terabanda" y la "pelota suiza".

Andar a buen paso, trotar, pedalear, nadar, bailar (además puede facilitar las relaciones de pareja), esquiar, caminar por el campo (Blanch en Castro 2003 propone paseos al principio no muy prolongados), practicar tranquilamente otros deportes a los que se tenga afición o hacer gimnasia o pesas ligeras, son las propuestas por Paulino, Mulero y Peña. En su guía estos autores exponen una tabla de gimnasia. Marín (2006) sugiere desde piscinas de agua caliente hasta cintas rodantes. Blanch (Castro 2003) propone los del **medio acuático**: natación, aqua-gym, duchas a chorro, jacuzzi, hidroterapia. Pilar Castro propone el hidromasaje: burbujas, chorros dedica un capítulo a las ventajas del medio acuático y es sugerente lo que menciona acerca que nadar, además del no peso, tiene un cierto simbolismo de líquido amniótico. Habla también del ruido del agua

Además se puede aplicar calor, masajes, baño, chorros, (Paulino, Mulero y Peña) y Marín (2006) dice que la asociación del baño de barro y antidepresivo (trazadona), aumenta los niveles de cortisol y beta endorfinas, disminuyendo el dolor, además de que los masajes disminuyen el dolor en los TP.

## 6. La dormición:

Preparación al dormir: Basándose en Comeche y Martín, se puede mencionar el cuidar la rutina del ciclo de sueño: no siesta, salvo que sea beneficiosa, y acostarse a las mismas horas. Evitar la cafeína y el cacao (café, cola, tónica, té, chocolate, etc.), y el alcohol por la tarde

Haber realizado un ejercicio suficiente, pero sin excesos ya que el cansancio dificulta el sueño.

Antes de acostarse realizar actividades relajantes: leer algo divertido, relajación, ducha no muy caliente, puesto que ésta es estimulante. Evitar cenas copiosas o de trabajosa digestión. La leche facilita el sueño, posiblemente por el triptófano que puede facilita la producción de endorfinas, y desde el punto de vista (en adelante: p. de v.) psicoanalítico, por las connotaciones de resonancias del vínculo tranquilizador lactante-figura nutriente ( que tal como corren los tiempos puede ser el padre o la madre, biológico o adoptivo). El reducir el consumo de líquidos después de cenar, facilita no tener que levantarse par orinar.

Comprobar las condiciones ambientales (temperatura, ruidos), la cama, *el colchón* y la almohada.

Evitar hacer en la cama actividades cognitivas tales como hacer planes para el día siguiente, repasar los problemas del día ya pasado, etc.

Ante los ronquidos de la pareja (suele ser el hombre, pero también puede ser la mujer) utilizar tapones, la separación de camas y el cambio de habitación.

Rutina de ciclo de sueño: mismas horas de comienzo y actividad, y no siesta, salvo que sea beneficiosa.

## **7. Las emociones:**

Conocer las emociones: Carmona recomienda prestar atención a las emociones. Sin embargo, el reconocer, identificar y esperar emociones es una de las actividades dificultosas para la mayoría de las personas. La alexitimia o, desde otro punto de vista, el analfabetismo emocional que menciona, desde el Análisis Transaccional, Claude Steiner es patente. La mayoría de la gente tiene dificultades en describir verbalmente, aunque lo conozcan intuitivamente, la diferencia entre celos y envidia. En este sentido, una orientación a las personas con FM sería muy eficiente.

Expresar las emociones: comunicar lo que se siente es algo saludable, siempre y cuando el entorno social no lo utilice para dañar a la persona que lo ha comunicado: pedir claramente lo que se necesita. Tal como dice Quevedo 2004: comunicarse.

## **8. Los procesos cognitivos:**

Conocer los propios procesos cognitivos: Pensar pensamientos positivos (Carmona) Comeche y Martín sugieren afrontar los problemas de memoria y dificultades de atención mediante ejercicios mentales y de repetición para la fijación, la utilización de agendas y listas, y seguir la máxima del orden “un sitio para cada cosa y cada cosa en su sitio”, Los post-it en la nevera y los espejos pueden ser útiles.

Comeche y Martín como actividad para evitar pensamientos negativos: detectarlos y sustituirlos por otros más realistas, lo cual supone poder recordar la información de que se dispone, y que ha sido suministrada por los profesionales de la salud. Y en este sentido, siguiendo a Comeche y Martín, si se tienen dudas, comunicar clara y expresamente, la comunicación de que se dispone acerca de la enfermedad.

Comeche y Martín aconseja controlar la tensión: dosificar actividades no tensionantes, ejercicio diario, relajación, no hacer la vida en torno al dolor (distrarse), relajar la mente (centrarse en objetos que rodean, funcionamiento de los mismos, fantasías agradables)

Carmona aconsejan prestar atención a los pensamientos: generar pensamientos positivos, ser positivo con lo que le rodea, cuidar la autoestima

## **9. Los procesos conductuales:**

Comeche y Martín sugieren actividades gratificantes para evitar la actitud de pasividad que produce inactividad y facilita la depresión.

También dicen que para evitar el abandono de las actividades, conviene detectar las que se han abandonado y recuperarlas con "trucos" en realización. No excederse en la actividad en períodos de mejoría,

## **10. La sexualidad:**

Comeche y Martín sugieren para la mejora de las relaciones sexuales: comunicación con la pareja de preferencias mutuas, posturas menos dolorosas y ritmo más suave, y fantasías: cambios de lugar, lencería para apatía sexual.

Marín (2006b) hace las siguientes recomendaciones:

- Ser creativos con las posturas, explorar juntos como algo lúdico. Una oportunidad: posturas más cómodas
- Cuidar la expresión afectiva en su totalidad
- Cuidar imagen de sí misma y mantener el atractivo físico (aumenta también la autoestima)
- El ejercicio físico moderado porque aumenta el deseo
- Lubricantes vaginales si fueran necesarios
- Derivados del sildenafil en varones (Viagra, Cialis, etc.)

## **11. Los procesos sociales:**

Quevedo (2004) habla de buscar el apoyo de médicos, familiares, asociaciones de afectados y Comeche y Martín dicen que hay que aprender a dar información y a pedir claramente lo que se quiere.

En este sentido al médico hay que exponerle las dudas, pedirle aclaraciones

Sugieren que los familiares acompañen a la persona a fisioterapia, al médico, etc., para que se sienta más apoyado.

En las Asociaciones de afectados se sentirá acompañado, comprendido y apoyado, con asesoramiento de recursos (legales, asistenciales), información técnica sobre la FM y participación en sus actividades.

Carmona aconseja que si la persona considera que los problemas que tiene no puede abordarlos sola de una forma adecuada, puede acudir a un especialista de psicología, a su médico de atención primaria, a su especialista en reumatología.

### **3.1.5. Tratamientos corporales:**

**3.1.5.1. Balneoterapia:** Marín (2006) comenta acerca de la balneoterapia que sesiones diarias de 20 minutos, 5 días a la semana durante 3 semanas: disminuyó el número de puntos dolorosos, la Escala Visual Analógica para el dolor y el FIQ, manteniéndose los resultados a los 6 meses de seguimiento.

**3.1.5.2. Masaje:** (Quevedo 2004) a veces combinado con ultrasonidos y terapia frío/calor

**3.1.5.3. Alivio miofascial:** técnica de masaje de John Barnes (fascia: tejido conectivo que soporta y da forma al músculo: mio). Permite que se relajen y extiendan las fibras de los músculos y se expandan los órganos: alivio de la tensión muscular (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005)

**3.1.5.4. Terapia de los puntos desencadenantes:** presión en puntos hiperactivos de los músculos. A veces inyecciones en los puntos (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005)

**3.1.5.5. Terapia craneosacral** de John Upledger: que puede practicarse con aparato comercializado (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005)

**3.1.5.6. Estimulación por EEG:** de Stuart Donaldson que pretende reprogramar el cerebro, ya que según él las personas afectadas de FM presentan un patrón de ondas más lento de lo normal. Con su tratamiento se restablecería el ritmo. (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005)

**3.1.5.7. Quiropráctica:** actúa sobre columna vertebral, corrigiendo mala disposición de vértebras que afectan a los nervios. (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005)

**3.1.5.8. Osteopatía:** Andrew Taylor Still: intervención con métodos físicos, medicinales y quirúrgicos y manipulación : "reajuste de huesos" (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) (Martínez Lavín 2006)

### 3.1.6. Farmacología:

En la exposición de los fármacos utilizados se sigue el orden propuesto por Lafuente et al (2005):

#### 3.1.6.1. Analgésicos

Según Paulino, Mulero y Peña, muchas personas enfermas los toman, pueden ser eficaces de forma puntual, pero su eficacia es parcial y no deben ser el único tratamiento.

- **No narcóticos:**

- Inhibidores periféricos de las prostaglandinas: ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, indometacina, diclofenaco, ketorolaco. Actúan insensibilizando el receptor periférico del dolor, pero no cuando el receptor está ya activado. Son más antiinflamatorios Los anti-inflamatorios no esteroides (AINES) ofrecen escasos resultados y alto riesgo de úlcera gastroduodenal (Marín 2006). Paulino, Mulero y Peña dicen que los antiinflamatorios no esteroides no produce mejoría sustancial.
- Inhibidores centrales de las prostaglandinas: paracetamol y metamizol, actúan selectivamente sobre los tejidos nerviosos. Tienen propiedades antitérmicas. Según Marín (2006) son más útiles.
- Inactivadores del receptor sensibilizado: el metamizol, además tiene la propiedad de bloquear la transmisión del impulso doloroso ya sensibilizado por los mediadores, llevándolo a reposo (como la morfina)

- **Narcóticos:** actúan directamente en el SNC bien a nivel medular mediante "barrera o esclusa" o indirectamente por afectación del control supramedular del proceso. Según Marín (2006) son útiles pero su efecto es poco duradero (1-5 días), por lo que no se puede utilizar como terapia a largo plazo.

- Narcóticos agonistas puros: morfina, metadona, meperidina, tramadol.
- Narcóticos agonistas/antagonistas: buprenorfina, nalbufina, butorfanol, pentazocina

#### 3.1.6.2. Coanalgésicos: cuando no se responde a los narcóticos

- **Antidepresivos:** los más usados son los tricíclicos, bloquean la recaptación de la serotonina, aumentando la disponibilidad de la misma y bloqueando la transmisión

dolorosa. Disminuye percepción del dolor inhibiendo la enzima que desdobla la encefalina.

Según Marín (2006) toda la gama: tricíclicos, serotinérgicos (ISRS), tricíclicos+ISRS, IMAO, IMAO+ISRS, son eficaces, puesto que aumenta los niveles de serotonina, pero con pocos resultados a largo plazo. Paulino, Mulero y Peña también dicen que modulan el sueño y el dolor.

- **Anticonvulsiantes:** para el dolor lacerante de comienzo y final brusco. Fenitoina y Carbamacepina
- **Relajantes musculares:** el espasmo muscular puede ocurrir como resultado de la tensión muscular. Diacepan
- **Corticoesteroides:** en el control del dolor canceroso, hernia discal o cefalea está consensuado.

### 3.1.6.3. Coadyuvantes: para tratar los síntomas que acompañan al dolor

- **Trastornos del sueño:** antidepresivos tricíclicos (por su efecto hipnótico) administrados 1 a 3 horas antes de acostarse
- **Ansiedad:** benzodiazepinas, haloperidol, antidepresivos. Marín (2006) advierte que hay que utilizar las benzodiazepinas con cautela por su capacidad aditiva y que el alprazolam ha demostrado su efectividad, siendo preferible su administración nocturna por su efecto sedante.
- **Náuseas y vómitos:** metoclopramida clorhidrato

### 3.1.6.4. Otras intervenciones farmacológicas convencionales

- Tratamientos locales: inyecciones locales de anestésicos sobre los TP (Marín 2006) sobre todo si se siguen de masaje local (Paulino, Mulero y Peña) (Blanch en Castro 2003)
- La implementación de la hormona del crecimiento (GH), hormonas tiroideas o cortisol por la el déficit de estas sustancias, y sustancias inhibidoras de la sustancia P: parece tener efecto analgésico. (Marín 2006)
- Melatonina: (3mg/día al acostarse) disminuyendo la intensidad del dolor o Antagonistas de los receptores de la serotonina como el Tropicsetrom. (Marín 2006)
- Asociación de la coenzima Q10 con extracto de Ginkgo biloba: 64% de mejoría sintomática.(Marín 2006)

### 3.1.6.5. Intervenciones medicamentosas alternativas

Si a los conocimientos usuales, conviene periódicamente cuestionárselos para verificar su vigencia en función de otros nuevos conocimientos, antes los conocimientos inusuales, conviene mantener esa misma actuación. Por ello, desde una actitud abierta, pero que conviene no sea ingenuamente crédula (véase Pilar Castro antes citada y la fotografía), puede considerarse las siguientes intervenciones medicamentosas:

- **Recuperat-ion:** Preparado de Alfred Blasi, un informático catalán que según dice Quevedo (2004) se curó. Blasi dice que no es un remedio para todos. Consiste en un preparado a base de sodio, potasio, calcio y magnesio en la proporción adecuada. El recuperat-ion comercializado por un laboratorio lo recetan muchos médicos (Quevedo 2004). Ángel Rebollo, médico homeópata, dice que ha observado que este medicamento funciona (comunicación personal)
- **Inmunoterapia a dosis infinitesimales (IDI):** tratamiento homeopático que utiliza sustancias inmunocompetentes en diluciones homeopáticas, obteniendo buenos resultados con estos tratamientos. (Ángel Rebollo, comunicación personal)

### 3.1.7. Tratamientos psicológicos:

Pilar Castro (2004) dice que los psiquiatras son fundamentales para hablar, ordenar las cosas, no sólo para los fármacos. Resulta impactante una de sus frases que se transcribe aquí literalmente: "La angustia del alma no la cura la química: la cura la palabra" (Castro 2003 pág. 75)

En muchas ocasiones no es que se necesite imperiosamente el psiquiatra, pero facilita que las grandes limitaciones de la FM no resulten un calvario, aunque Castro es plenamente consciente de que hay resistencia al psiquiatra, tanto en la población general como entre las fibromiálgicas.

Lafuente et al. (2005) acerca de los tratamientos aplicados dicen que no existe una terapia psicológica que haya demostrado una clara eficacia, habiéndose dado tres grandes grupos de intervenciones:

#### 3.1.7.1. Terapias frecuentemente empleadas.

- **Programas de modificación** del comportamiento dirigidos a aumentar el nivel funcional de las tareas cotidianas. Las personas afectadas se benefician de modificar el patrón de hiperactividad y urgencia que les caracteriza
- **Entrenamiento en biofeedback y relajación:** que combinados con la fisioterapia son muy eficaces sobre todo si el tratamiento es precoz (Marín 2006)
- **Terapia cognitivo-conductual** orientada a 3 objetivos:
  - Conocer a los efectos de la actividad de la esfera intelectual y conductual en el dolor (ideas, creencias, expectativas)
  - Insistir en el papel del sujeto para controlar el dolor y las adaptaciones a este
  - Enseñar habilidades cognitivas específicas (distracción, imágenes guiadas) y habilidades conductuales (ritmo de actividad, establecimiento de metas) para combatir el dolor

Según Marín (2006) la terapia cognitivo-conductual ya se había utilizado con éxito en otras enfermedades que cursan con dolor crónico. En la FM no se utilizó hasta 1992. Incluye intervenciones médicas, psicológicas, de fisioterapia, terapia ocupacional y enfermería basadas en este modelo. (Miró 2003). Para que sea más efectiva es conveniente seleccionar a las personas enfermas adecuadas.

Sus objetivos son que el paciente aborde la enfermedad, se marque objetivos concretos y realistas, elabore actividades, maneje el dolor. También el actuar sobre actitudes pesimistas y victimistas

Se logra: mejora en percepción del dolor, con disminución del dolor en los TP, aumentando el sentido de control de la vida, su actividad y disminuyendo los tiempos en cama.

Por sus altos costes es poco utilizada.

### **3.1.7.2. Terapias que pueden emplearse.**

Además de estos tres grupos de actuaciones, pueden ser aplicables prácticamente todos los tipos de terapia, por lo que se puede mencionar:

#### **3.1.7.2.1. Terapias psicofísicas:**

Son tratamientos cuya característica común es que parten, en mayor o menor medida, de la concepción de que hay procesos psíquicos que se inscriben en el cuerpo y vice-versa, por lo

cual la actuación sobre la actividad corporal es un medio para la prevención o modificación de las alteraciones psíquicas.

Unos van principalmente dirigidos al cuerpo en reposo. Su objetivo es lograr la relajación corporal y psíquica, tal como es el caso de la Relajación Progresiva de Edmundo Jacobson, el Entrenamiento Autógeno de J.H.Schultz, las técnicas de relax de Carmen Macho. También serían de este tipo, los métodos en los que, además del aprendizaje de la relajación, hay una labor de lograr consciencia de los aspectos psíquicos relacionados con los corporales, tal como es el caso de la Relajación Psicotónica de Julián de Ajuriaguerra, la relajación practicada por Michel Sapir y François Reverchon con un marco de referencia psicoanalítico y la Relajación Dinámica de Alfonso Caycedo que propuso el término de sofrología (estudio de la consciencia en equilibrio). Además, la relajación es un instrumento en técnicas conductistas tal como la desensibilización sistemática de J. Wolpe o el biofeedback.

Otros tratamientos van dirigidos además al cuerpo en movimiento, como es el caso de la Bioenergética de Alexander Lowen cuyo objetivo es lograr, mediante unos ejercicios específicos y la labor analítica del terapeuta, un reconocimiento de la propia identidad y biografía y una expresión emocional saludable.

Las diversas técnicas de terapia sexual de Master y Johnson podrían considerarse como tratamiento psicofísicosocial. Y en relación con la sexualidad cabe mencionar lo expuesto por Marín (2006b) que sugiere **la intervención en la sexualidad** con las siguientes recomendaciones:

- Preguntar en la entrevista por la actividad sexual
- Hablar con la pareja de miedos y dificultades (no durante relaciones sexuales ni en el dormitorio)
- Dar las recomendaciones ya expuestas en el apartado de Plan de Actuación Saludable (PAS)

La risoterapia y la musicoterapia (Marín 2006b) cabrían en el grupo de las psicofísicas.

### **3.1.7.2.2. Hipnoterapia:**

El tratamiento consiste en producir artificialmente un estado de consciencia distinto al habitual, en el cual la consciencia está hipersensible y exclusivamente pendiente de las

sugestiones del hipnotizador, las cuales no pueden ser distinguidas de la actividad del propio yo del hipnotizado. Una vez logrado ese estado, se pueden hacer sugerencias tendentes a la supresión de síntomas o modificación de procesos, o proceder a una actividad exploradora biográfica, para obtener datos que la persona pueda utilizar en estado de vigilia de forma terapéutica.

Tradicionalmente, además de su aplicación en la modificación de alteraciones psíquicas, se aplica en el tratamiento del dolor crónico y agudo como analgésico al igual que en intervenciones quirúrgicas tales como el parto.

Un método, utilizado esporádicamente, es provocar una hipnosis farmacológica mediante pentotal sódico o amital sódico. Sin embargo, el modo más habitual de hipnosis es el comunicacional, para lo cual es necesario que el hipnotizador tenga una formación suficiente en el campo de la salud mental que le permita detectar personas en que sería perjudicial este tratamiento, tales como las que tienen alteraciones del contacto con la realidad o tienen extremada tendencia a la fabulación y la teatralidad.

### **3.1.7.2.3. Terapias verbales emocional-comprensivas:**

Todas ellas procuran, en mayor o menor medida, un reconocimiento y expresión de las emociones, sean las que se generan en el presente o las que se originaron en el pasado y se han mantenido “aletargadas”. A la vez, y en relación con ello, procuran que la persona comprenda cuál es en el presente su entramado de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, cuál ha sido su evolución biográfica y cuáles han sido y son sus implicaciones en los aspectos biológico, psíquico y social. Para lograrlo, el canal de comunicación persona-terapeuta es predominantemente verbal.

Utilizando esta categoría, pueden incluirse en la misma el psicoanálisis de S.Freud, el de K. Abraham y el de A. Freud, y las terapias psicoanalíticas de C.G.Jung, A. Adler, O. Rank, T. Reich, F. Szondi, S. Ferenczy, M. Klein, D.W. Winnicott, W. Reich, H.S. Sullivan, K. Horney, E. Fromm, J. Lacan, E. Erikson, O. Fenichel, B. Bertelheim, M. Ericsson.

También pueden incluirse la terapia güestáltica de Frederick Perls y los desarrollos de Fagan, Levitsky, Shepherd, Simkin, Erving y Miriam Polster. Igualmente se incluiría el análisis existencial (Biswanger, May), la logoterapia de Viktor Frankl, la psicoterapia centrada en el cliente de C. Rogers y la interpretación de Karkhuff, la psicoterapia breve de Alexander, el Análisis Transaccional de Eric Berne y las aportaciones a éste sistema de C.

Steiner, T. A. Harris, M. James, J. Schiff, T. Kahler, P. Levin, Roberto Kertész entre otros muchos. También el método dialítico desarrollado por Luis Cencillo Ramírez, que entre otras muchas aportaciones, supone una utilización de otros enfoques en las que denomina “técnicas activas”.

La terapia de esclarecimiento de Héctor Fiorini sería también de este tipo

#### **3.1.7.2.4. Terapia de conducta:**

Aunque se ha mencionado los trabajos con la misma, se explica aquí sus características.

Si en el aspecto psíquico a consideramos los aspectos emocional, cognitivo y conductual (sentir, pensar, actuar), la terapia de conducta se ocupa predominantemente de este último, de un modo que procura ser riguroso en su terminología y su metodología. El objetivo es modificar la conducta.

Se basa en las teorías del aprendizaje de Pavlov y Watson (por contigüidad espacio-temporal de estímulos), de Thorndike (por ensayo-error), de Skinner (por resultados de la conducta en cuanto a recompensa o castigo), y de Bandura y Walters (por medio de la observación de modelos, que en ocasiones popularmente se confunde erróneamente con incitación).

Su pionero puede considerarse J.B. Watson (el caso del niño con fobia experimental a los conejos), y uno de sus impulsores en cuanto a aplicación terapéutica es Joseph Wolpe, desarrolló las técnicas de la desensibilización sistemática “in vivo” e “in mente”. Otras técnicas de la terapia de conducta sumamente útiles son: las técnicas implosivas de Stampft, los ansiorreductores condicionados, el condicionamiento encubierto de J. Cautela. la terapia asertiva, el modelado de Bandura y Walters, y el biofeedback ya mencionado

#### **3.1.7.3. Terapias cognitivo-conductuales:**

Acercándonos al conocimiento de las terapias conductuales mencionadas anteriormente, observaremos que en el caso de las técnicas de J. Wolpe, J. Cautela o A. Bandura y Walters, además del aspecto conductual (actuar), se está considerando el aspecto cognitivo (pensar).

Y en sentido complementario (aspecto cognitivo y aspecto conductual) es factible conceptuar como cognitivo-conductual a la terapia de los constructos personales de G. Kelly, ya que su técnica del Rol Fijo supone una ejecución conductual de mismo. En el caso de Donald Meichembaum y su técnica para el tratamiento del trastorno por estrés-postraumático, en la fase de entrenamiento y ensayo de habilidades la implicación conductual parece evidente. Lo mismo ocurre con A. Beck y la utilización de técnicas conductuales para probar la validez de las hipótesis de la persona, aunque dicha terapia es mucho más amplia que este aspecto. En la terapia racional-emotiva de Ellis, nuevamente hay una prevalencia del aspecto verbal como medio de comunicación.

#### **3.1.7.4. Terapias psicosociales:**

Estos tratamientos se caracterizan porque se centran en un grupo social, bien como ámbito que propicia reconocer características y desarrollar modificaciones terapéuticas de cada persona considerada individualmente, o bien para explorar y modificar al grupo considerado globalmente.

La primera categoría es la “terapia en grupo”, en el cual el centro del trabajo es cada persona, cada individuo, utilizándose el ámbito grupal en vez del llamado individual (persona y terapeuta). Métodos de este tratamiento son el entrenamiento por el rol-playing, los grupos T (training) basados en Lewin, los grupos de encuentro con un fundamento importante en los conceptos de C. Rogers, el psicodrama de Jacob Moreno y los desarrollos posteriores tales como los de Rojas-Bermúdez y Kesselman. El enfoque respecto a lo grupal de Eric Berne desde el Análisis Transaccional es una terapia en grupo.

A esa primera categoría suele denominársela, erróneamente, “terapia de grupo”, mientras que esta denominación, en sentido correcto, se refiere a la segunda categoría: al tratamiento de un grupo considerado en su totalidad como una entidad. Como tal lo son las terapias de pareja (agrupación social con características sumamente específicas), y las terapias de familia tanto las de orientación psicoanalítica como la psicoterapia familiar psicodinámica de N. Ackerman, como la existencial de Stierlin, y las sistémicas: estratégica de Jay Haley, estructural de Minuchin, interaccional de Watzlawick, la escuela de Milán, la ecosistémica de S. de Shazer. Los grupos organizados por Bion en la Tavistock Clinic, también serían de terapia de grupo.

Una terapia en grupo serían los grupos para familiares que expone Marín (2006b) cuya actividad sería explicar la enfermedad, conocer el mecanismo del dolor crónico y su relación

con la ansiedad y la depresión, externalizar la enfermedad haciendo alianza contra enemigo común, no reforzar la conducta de enfermedad evitando la sobreprotección y aprender a comunicarse

#### **3.1.7.5. Grupos de AT:**

Miro (2003) comenta la existencia en el tratamiento del dolor crónico, de grupos de enfermos por un lado y de familiares por otro.

Al respecto, se me ocurre que puede ser interesante constituir, bajo la cobertura de las Asociaciones de personas afectadas, grupos mixtos (personas afectadas y sus familiares) de terapia con Análisis Transaccional (AT) (modelo elaborado por Berne (1966) sobre todo en los años sesenta y desarrollado por sus seguidores hasta la actualidad), ya que este enfoque permite el trabajo con miembros del grupo de diversas procedencias, profesiones y niveles educativos y culturales diversos, debido a su terminología muy accesible (que pueda entenderla un niño de 8 años según dicen)

Este modelo tiene además un aspecto específico muy importante que es el análisis de los juegos, entendiendo por tal una serie de transacciones ulteriores (con un nivel explícito y otro tácito) entre las personas, que inconscientemente pretenden un fin a mayoría de las veces no saludable. Tienen tipificados varios tipos de juegos, identificados con nombres sencillos. Por ejemplo uno se llama “Pata de palo” y se refiere a alguien que teniendo una incapacidad, una minusvalía, se refugia en ello para obtener una serie de ganancias insanas y perjudiciales a la larga. El tema es “En fin, ¿qué puede hacer una persona que tiene una pata de palo? Nada”

#### **3.1.8. Otros tratamientos:**

Conviene recordar aquí la salvedad hecha al hablar de las intervenciones medicamentosas alternativas. Aquí aún más es conveniente la actitud abierta pero no ingenuamente crédula, puesto con respecto a la eficacia de algunos de los tratamientos que se mencionan, no parece haber documentación sistemáticamente probativa.

**3.1.8.1. El yoga** (Quevedo 2004) (Lafuente et al 2005) (Marín 2006) Parece ser particularmente indicado el Hatha Yoga (yoga físico de respiraciones y posturas). Con el Zen Yoga (yoga mental) conviene ser prudente por los efectos desestabilizadores que puede tener en ciertas personas (personalidades

histeriformes y esquizoides). En el Tantra Yoga (yoga sexual) la dificultad posiblemente estribará en encontrar monitores con conocimientos y ética profesional.

**3.1.8.2. Terapia ocupacional:** estudiando el entorno de trabajo se propone mejoras: teclados ergonómicos, sillas adecuadas, descansos programados para estirarse (Quevedo 2004)

**3.1.8.3. Homeopatía:** ya se ha hablado algo de ella en el apartado de tratamientos farmacológicos.

**3.1.8.4. Fitoterapia:** plantas medicinales: hierba de san juan (hipérico), valeriana, manzanilla, sauce blanco, espino blanco, pasifora, sauzgatillo (Quevedo 2004)

**3.1.8.5. Acupuntura:** agujas y puros de moxa para restablecer el flujo de energía. Recomiendan este tratamiento especial Lafuente et al (2005) y también Quevedo (2004)

**3.1.8.6. Shiatsu:** de Tokujiro Namikoshi: Es de naturaleza calma: aplicar presión en determinados puntos de forma gradual, para flexibilizar los músculos que se encuentran bajo la piel (Quevedo 2004)

**3.1.8.7. Flores de Bach:** esencias florales: se recogen flores frescas, húmedas del rocío, se colocan en recipiente de cristal transparente con agua de manantial, durante las primeras horas de la mañana en que la energía solar trasmite directamente al agua el patrón de su energía vital o vibración curativa de la flor. El agua recogida se mezcla con brandy para obtener la tintura madre. (Quevedo 2004)

## 3.2. Evolución y pronóstico:

Lafuente et al. (2005) comentan que hay una tendencia a la cronicidad, originando grados variables de discapacidad y un claro impacto sobre calidad de vida. Un 20% de las personas afectadas con FM evolucionan favorablemente, siguiendo un curso normal de cronificación. El 50% tendrán que interrumpir su actividad normal y entre el 17% y el 25% se jubilarán anticipadamente,

Marín (2006) dice que la evolución estará determinada por la severidad y complejidad de síntomas y por el interés y conocimiento que el profesional médico tenga acerca de esta patología. A pesar de ser una enfermedad crónica, los síntomas son fluctuantes a lo largo del tiempo. En algunos hay mejora a lo largo del tiempo, disminuyendo la necesidad de fármacos. En un seguimiento a personas enfermas durante 3 años se observó que el 17% empeoraron, entre el 27% y el 36% refirieron un alivio del dolor y sólo el 5% presentó una remisión completa. Aproximadamente el 60% continuó presentando cansancio y sueño no reparador.

Blanch (en Castro 2004) también comenta que los síntomas varían a lo largo del tiempo. En algunos casos, se mantienen por largos períodos de tiempo, en muchos casos disminuyen y en algunos pueden llegar a desaparecer por completo

# Bibliografía

- Beltrán Margarit, Isabel; Sierra, Charo *Alimentación en Fibromialgia* . AFIBROM
- Berne, E. (1966). *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A. 1983
- Carmona Franco, Alejandra. *Guía de aspectos psicológicos en fibromialgia*. AFIBROM
- Castro-Villalba, P. (2003). *Cartas a mi médico. Cuentos fibromiálgicos*. Barcelona. Icaria Literaria 2004 (2ª edición)
- Cencillo, L. (2002). *Los sueños y sus verdades. Generación, forma y acierto de los sueños*. Madrid. Syntagma Ediciones. 2002 (3ª edición)
- Comeche Moreno, Mª Isabel; Martín Fernández, Alejandra. *Vivir con Fibromialgia. Guía de aspectos psicológicos*. AFIBROM
- First, M.B et al. 2000. *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson S.A. 2005 (1ª edición, 3ª reimpresión)
- García-Pelayo, R. (1983) *Larousse gran diccionario moderno. Español-Inglés English-Spanish*. Méjico. Ediciones Larousse S.A. 1984 ( 1ª edición. 4ª reimpresión)
- Lafuente Tierra, J.A.; Martín González, V.; Méndez Montesinos, J.R.; Siboni Gabay, L.; Vázquez González, J.; Xu, Qizhi. (2005). *Fibromialgia. Su tratamiento en reumatología y acupuntura*. Madrid. Editorial Dilema 2005 (1ª edición)
- Marín, J.L. (2006) *Curso de Especialista Universitario en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Módulo VII*. Madrid. SEMPPM. 2006
- Marín, J.L. (2006b) *Curso de Especialista Universitario en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Clases sobre Fibromialgia impartidas en el ICOMEM del 16-05-2006 al 30-05-2006*
- Martín de los Reyes, T.; Peña Arrebola, Andrés; Ribot Catalá, Carlos; Mulero Mendoza, Juan; Lagares Roibás, Antonio; Torija López, Helena; Carmona, Alejandra; Trapiello, Ana. *La Fibromialgia. 4ª Conferencia Informativa de AFIBROM*. Edita ARFEOR (Asociación de Enfermos Reumáticos del Ferrol - Eume – Ortegal)
- Martínez, E; González, O; Crespo, J.M. (2003). *Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos*. *Salud Global. Año III. Número 4. 2003*.
- Martínez Lavín, M. (2006) *Fibromialgia. Cuando el dolor se convierte en enfermedad*. Madrid Santillana Ediciones Generales, S.L. 2006 (1ª edición)
- Martínez Lavín, Manuel. *8º Conferencia Informativa de AFIBROM*. Editan AFIBROM ( Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid) y ACOFIFA (Asociación Coruñesa de Fibromialgia y Fatiga Crónica)
- Martorell, J.L. 1996. *“Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos”*. Madrid. Ediciones Pirámide. 2004

- Miró, J. 2003. *Dolor crónico. Procedimiento de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.. 2003. 1ª edición
- Molins, J.; Extremera, M.J.; Carballido, S.; Lutterbeck, V. (2005). La fibromialgia desde la perspectiva relacional. *Trabajo de investigación del Máster de Terapia Familiar de l'Escola de Teràpia Familiar de Sant Pau de Barcelona*
- Muriel Villoria, C. et al. (2001). *Fibromialgia. Reunión de expertos*. Salamanca. Universidad de Salamanca y Fundación Grünenthal. 2001
- Paulino Tevar, Javier; Mulero Mendoza, Juan; Peña Arrebola, Andrés. *Guía de Información de Fibromialgia*. AFIBROM
- Quevedo Herrero, L. (2004). *Fibromialgia. Cómo combatir la fatiga crónica*. Barcelona. Ediciones Obelisco, S.L. 2004 (1ª edición)
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid. Editorial Espasa Calpe, S.A. 2001 (22ª edición)
- Tornero, J.; Lázaro, P.; Ruiz, T.; Casanova, J.F. Estudio Epidemiológico de las Enfermedades Musculoesqueléticas en la Población Española. (2001). *Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid*.
- Wolfe, F. et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromialgia. *Arthritis and Rheumatism* . Vol 33 No 2, February 1990