
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN FIBROMIALGIA: UN CASO CLÍNICO

M.I. VIDAL PÉREZ

M.M. REDONDO

Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid

M.A. PÉREZ-NIETO

Departamento de Psicología

y Educación.

Universidad Camilo José Cela

e-mail: pereznieto@correo.cop.es

RESUMEN

La fibromialgia (FMS) es una patología que cursa con dolor musculoesquelético generalizado y exagerado, discapacidad asociada a este dolor y altos niveles de emocionalidad negativa, sobre todo depresión. El presente artículo persigue dos objetivos fundamentales: detallar las distintas técnicas psicológicas empleadas en el tratamiento cognitivo-conductual de una paciente con fibromialgia de 50 años que cumple además criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en remisión parcial (APA, 2001); y demostrar su efectividad para el manejo tanto del trastorno psicológico como de los síntomas principales asociados a la fibromialgia (dolor y discapacidad). La evaluación de la paciente se llevó a cabo con una entrevista semiestructurada y las siguientes pruebas de autoinforme: Cuestionario tridimensional para la depresión –CTD-; Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve –ISRA.B-; Health assessment

ABSTRACT

Fibromyalgia Syndrome (FMS) is a rheumatic disease which causes widespread exacerbated musculoskeletal pain, disability related to pain and high levels of negative emotions, specially depression. The present work has two aims: to describe the psychological techniques used in a cognitive-behavioural treatment of a 50 years old women with FMS who also suffered from a severe recidivating, partially remitting depressive disorder (APA, 2001), and to prove its effectiveness for the management of the psychological disorder and the main FMS symptoms (pain and disability). The tools used to carry out the patient's assessment were a semi-structured interview and the following self-reportd instruments: Three-dimensional questionnaire for depression –CTD-; Inventory of short-time/brief anxiety situations and responses –ISRA.B-; Health assessment questionnaire –HAQ- for disability assessment; and Pain frequency and

questionnaire –HAQ–, para la evaluación de la discapacidad; y Frecuencia e intensidad del dolor –FID–. Los resultados de la intervención muestran una mejora significativa de la paciente tanto en su trastorno depresivo como en la patología reumática que sufre (en concreto en el dolor y la discapacidad), lo que pone de manifiesto la efectividad de un paquete de técnicas cognitivo-conductual para favorecer un mejor manejo de las enfermedades asociadas al dolor crónico, en concreto de la FMS.

PALABRAS CLAVE

fibromialgia, depresión, ansiedad, dolor, discapacidad, tratamiento cognitivo-conductual.

intensity –FID–. The outcome of the cognitive-behavioral treatment shows a remarkable improvement regarding both, the patient's depressive disorder and the rheumatic disease (specifically pain and disability). These results pointed out the effectiveness of cognitive-behavioural techniques to obtain a better management of chronic pain illness, specially FMS.

KEY WORDS

Fibromyalgia Syndrome, depression, cognitive-behavioral treatment.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FMS) es un síndrome que se caracteriza por un cuadro doloroso crónico musculoesquelético generalizado, benigno, de origen no articular y causa desconocida (Fiter, 1999; Mera e Insúa, 1996). Las dos características fundamentales, según el *American College of Rheumatology* son: presencia de dolor generalizado de más de tres meses de duración y una sensibilidad anormal a la presión digital en unas zonas típicas (“tender points”). Otros síntomas asociados a la FMS son: fatiga o abatimiento general, rigidez, sueño no reparador, síndrome del intestino irritable, y trastornos psicológicos, siendo el más frecuente la depresión seguida por la ansiedad (Copenhagen Declaration, 1993; Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bomardier, Goldenerg, Tugwell, Campbell, Abeles y Clark, 1990). La prevalencia en población española está por encima del 12% (Sociedad Española de Reumatología, 2001). A pesar de todos estos datos, no existen aún pruebas diagnósticas claras para la evaluación de la FMS, lo que ha abierto el debate sobre si dicha patología es una afección reumática o psicológica, y sobre el tipo de tra-

tamiento más adecuado, orientado hacia el problema de dolor, la regulación neurohormonal o la psicopatología de base (Caballero, 1982). Tampoco hay todavía consenso sobre la etiología de la FMS, y la mayoría de los autores sostienen que probablemente se trate de un proceso multifactorial, teniendo un especial peso los procesos infecciosos víricos y otros procesos febriles, así como ciertas situaciones sociales (Goldberg, Weisenberg, Drobkin, Blittner y Gotestam, 1997).

Sin duda una de las características más típicas y limitantes de la FMS es el dolor, que está presente de forma constante en los pacientes y es vivido por ellos como uno de los estresores más importantes a los que han de enfrentarse. Desde los trabajos clásicos de Melzack y Wall (1965) se sabe que el dolor está estrechamente relacionado con factores psicológicos como la percepción que tiene el paciente de su problema (determinará su motivación, conducta y adherencia al tratamiento); las expectativas de autoeficacia; y las distorsiones cognitivas. Los pacientes con FMS frecuentemente interpretan el dolor como una experiencia catastrófica, aplicable a casos futuros (sobregeneralización), centran la atención solo en los aspectos negativos (abstracción selectiva) y lo personalizan (Miró, 2003).

Además de los señalados, dentro de los factores psicológicos relacionados con el dolor han adquirido una especial relevancia en los últimos años las emociones negativas (tristeza/depresión, ansiedad e ira). Cada vez existen más evidencias de la relación entre estas emociones y el dolor. La ansiedad por ejemplo, incrementa la sensibilidad hacia estímulos propioceptivos, facilita la tensión muscular y aumenta así la intensidad del dolor, siendo uno de los factores más importantes en la cronificación del mismo (Flor, Birbaumer, Schugens y Lutzenberg, 1992; Flor y Turk, 1989; Vlaeyen y Linton, 2000).

También la depresión parece relacionarse de forma estrecha con el dolor. En el caso de la FMS, esta alteración emocional afecta a un elevado porcentaje de los pacientes. Si bien los resultados de estudios sobre el tipo de relación entre FMS y depresión no son concluyentes en ningún caso, sí está ampliamente demostrada la existencia de alteraciones del estado de ánimo en pacientes diagnosticados de FMS. Así, en el estudio EPISER (Sociedad Española de Reumatología, 2001) se halló que el 99% de los pacientes diagnosticados de FMS registran algún síntoma depresivo. De igual modo, Bennett y McCain (1995) hallaron que el 20% de los pacientes con FMS padecen depresión mayor en el momento de la consulta y la incidencia de la depresión en toda su vida es del 45%.

La incapacidad de llevar a cabo estudios experimentales en este campo nos impide establecer relaciones causales entre la depresión y la FMS. Algunos estudios longitudinales llevados a cabo apuntan a la depresión como desencadenante del síndrome reumático. De este modo, las personas con mayor riesgo de desarrollar FMS

son aquellas con presencia de depresión autopercebida e historia larga de dolor generalizado (Forseth, Husby, Gran y Forre, 1999; White, Harth y Teasell, 1995). En diferentes investigaciones (Goldenberg, 1986; Hudson, Hudson, Pliner, Goldenberg, y Pope, 1985) se observa la presencia de un episodio depresivo mayor un año antes del desarrollo de la FMS. Otros grupos de trabajo apuntan que la sintomatología de la FMS se superpone en muchos aspectos a la sintomatología depresiva (Savi, Amit, Prodanov, Reolón, Méndez y Vulcano, 1998). Para estos autores la FMS sería una forma de depresión. Aunque la existencia de puntos dolorosos en la palpación en topografías muy precisas no concuerda con la hipótesis de la FMS como forma de depresión, ya que ésta no es un síntoma característico del trastorno depresivo, la ausencia de alteraciones anatomopatológicas o histoquímicas musculares en estos puntos dolorosos, nos podrían inclinar hacia la hipótesis del dolor en la FMS como un signo más dentro de la sintomatología depresiva.

Independientemente del papel que la depresión pueda jugar en la etiología de la FMS, parece claro que una vez que el síndrome se ha desarrollado la depresión se presenta como un elemento central en estos pacientes. Una vez que ha aparecido, la depresión se asociará a un descenso del nivel de actividad del individuo, que conduce a un peor ajuste a la enfermedad definido por un aumento de las emociones negativas y de la discapacidad (Jensen y Karoly, 1991; Keefe y Williams, 1990; Redondo, Cano-Vindel y Pérez-Nieto, 2001). De esta forma, el tratamiento de la depresión y otras emociones negativas en los pacientes con FMS cobra, junto con el tratamiento del dolor, una importancia central.

Finalmente y unida a los altos niveles de dolor que presentan los pacientes con FMS se encuentra la discapacidad, que se desarrolla en un porcentaje importante de pacientes, llega a limitarles para la correcta ejecución de sus actividades cotidianas y supone un elevado coste económico para el sistema de salud. Los datos apuntan que entre un 15 y un 50% de pacientes con fibromialgia (FM) reciben pagos por incapacidades laborales o bien no pueden realizar la jornada laboral habitual, hasta el punto que el 9% de los diagnósticos de incapacidades laborales estaban relacionados con FM en un país como Canadá (White, Harth, Specheley y Ostbye, 1999). En nuestro país se ha demostrado que entre las personas con FM, el 11,5% reciben compensaciones por incapacidad laboral (Wolfe y Potter, 1996).

A la luz de los datos revisados, parece que las intervenciones psicológicas en pacientes con FMS deben estar encaminadas al manejo de las emociones negativas, principalmente la depresión, el dolor, la discapacidad, el incremento de la actividad física y de las relaciones sociales, aumento de las conductas incompatibles con las de dolor y revaloración de la experiencia de dolor (Thieme, Gromnica-Ihle y Flor, 2003). Todo ello por supuesto dentro del contexto de una interven-

ción multidisciplinaria más amplia en la que intervengan junto con los psicólogos otros especialistas (médicos, psiquiatras, fisioterapeutas, enfermeras y trabajadores sociales) (Górriz, Garrido y Andueza, 1999; Mulero, 1997; Mulero y Andreu, 1998; Vallejo y Comeche, 1994). Aunque estos programas de intervención han mostrado en repetidas ocasiones su eficacia para la mejora del ajuste a la enfermedad de los pacientes con FMS (Collado, Torres, Arias, Cerdá, Vilarrasa y Miyar, 2000; Górriz et al., 1999; Navas Collado, Muñoz García y García Moja, 2003; Nielson, Walker y McCain, 1992; Vallejo y Comeche, 1994), pocas veces la literatura recoge de forma detallada las técnicas psicológicas empleadas en dichos programas. Por ello, el objetivo del presente artículo no es sólo mostrar la eficacia de la intervención psicológica llevada a cabo en una mujer de 50 años diagnosticada de fibromialgia, sino también describir las técnicas empleadas en la intervención de forma detallada.

DATOS PERSONALES E HISTORIA DEL PROBLEMA

El caso que se presenta es el de una mujer de 50 años, diagnosticada de FMS por el servicio de reumatología de un gran hospital de Madrid, y de JC 300.4 Depresión Neurótica, según criterios CIE-9 (OMS, 1975) por el psiquiatra de la zona. En el momento que acude a consulta se encuentra viuda desde hace dieciocho años y con tres hijos ya adultos. Hace nueve meses que mantiene una satisfactoria relación de pareja, la primera desde que enviudó. Trabajadora de la CAM, tiene una baja laboral desde noviembre del 2002, a causa del dolor. Antes de iniciar su actual relación de pareja, carecía de red social y sus actividades se reducían a ir a trabajar, cuidar de la casa y de sus hijos, y en sus días libres estar acostada en la cama. Actualmente, y junto a su pareja, ha aumentado sus actividades de ocio.

En 1991 la paciente es diagnosticada por primera vez de un trastorno de ansiedad sobre fondo distímico por el psiquiatra. Los problemas de dolor empezaron sobre 1995, y en un principio los especialistas consideran que se trata de un problema de artrosis. En 1999 presenta una exacerbación de la depresión con sintomatología ansiosa, se le diagnostica una JC. 300.4 Depresión Neurótica –CIE-9– (OMS, 1975) y empieza a ser tratada con antidepresivos. Un año más tarde se le diagnostica la FMS. En el 2003 la paciente es remitida por el psiquiatra al servicio de reumatología, para revalorar el trastorno reumático por el cual estaba siendo tratada con relajantes musculares, analgésicos y rehabilitación, sin efectividad alguna. El servicio de reumatología confirma el diagnóstico de FMS, y establece un tratamiento muy similar al que estaba recibiendo hasta entonces.

Cuando llega a consulta se observa en la paciente una exacerbación del trastorno depresivo coincidiendo con una importante discusión con los hijos, que tiene como consecuencia el abandono del hogar familiar por parte de la paciente. El dolor, que se mantiene más o menos estable desde que fue diagnosticado, es continuo y generalizado, más intenso por las mañanas y a última hora de la tarde. Manifiesta además sentirse siempre fatigada. Refiere bajo estado de ánimo desde hace más de dos años, con al menos un episodio depresivo mayor. En la actualidad se siente triste, presenta enlentecimiento motor, fatiga, teme tomar decisiones, tiene sentimientos de culpa, ideas de suicidio y baja autoestima.

EVALUACIÓN

- *Entrevista semiestructurada*. Recoge información en áreas relativas a la historia médica y la psicopatológica general, la topografía e historia del dolor, la situación socio-económica, etc.
- *Cuestionario Tridimensional para la Depresión –CTD– (Jiménez García, Miguel Tobal y Cano Vindel, 1996)*. Este cuestionario evalúa el nivel de depresión a través de tres subescalas: cognitiva, fisiológica y motora, así como una puntuación total, resultado de la suma de las anteriores. Además incluye una escala que evalúa tendencia suicida. Las puntuaciones al inicio del tratamiento (tabla 1), revelan niveles extremadamente altos en todas las escalas que evalúa la prueba, incluyendo tendencia suicida.
- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –I.S.R.A.B– (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994)*. Es un inventario destinado a evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas o conductas (cognitivas, motoras y fisiológicas) de ansiedad, a la vez que la periodicidad con que experimenta respuestas de ansiedad ante cuatro áreas situacionales: FI o ansiedad de evaluación, FII o ansiedad interpersonal, FIII o ansiedad fóbica y FIV o ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Las puntuaciones de la paciente antes del tratamiento (tablas 2 y 3) muestran niveles elevados de ansiedad, con una puntuación total que entraría en el rango de ansiedad severa. Esta emoción era manifestada de forma más marcada a través de los sistemas fisiológico y motor, con puntuaciones que también estarían dentro de la ansiedad severa. A nivel cognitivo las puntuaciones son algo más bajas. En lo referente a las áreas situacionales las puntuaciones entrarían en el rango de ansiedad moderada, siendo en FIV (ansiedad en situaciones de la vida cotidiana) donde manifiesta mayor ansiedad.

- *Health Assessment Questionnaire –HAQ– (Fries, Spitz, Kraines y Horman, 1980)*. Se trata de un cuestionario dirigido a evaluar cómo afecta el dolor en el manejo de la vida cotidiana del paciente, su nivel de independencia y su capacidad funcional. Esta información nos sirve para conocer el grado de discapacidad de la paciente para desenvolverse en la vida diaria. Los datos fueron interesantes para evaluar la eficacia del tratamiento en la disminución de la incapacidad funcional, a través de medidas pre-post.
- *Frecuencia e Intensidad del Dolor –FID– (Redondo y Miguel Tobal, 2001)*. Con este cuestionario se evalúa la frecuencia con que la persona padece dolor a través de una escala Likert de seis puntos, donde 1 es casi nunca; 2 al menos una vez al mes; 3 al menos una vez a la semana; 4 casi todos los días; 5 todos los días a ratos; y 6 continuamente. Mide también la intensidad del dolor mediante una escala analógica que va de 0 (muy leve) a 100 (insoportable). Los datos extraídos de este cuestionario nos sirvieron para evaluar la eficacia del tratamiento, mediante la evaluación pre-post.
- *Inventario de Sugestionabilidad –IS– (González Ordi y Miguel Tobal, 1999)*. Utilizamos este instrumento para guiar el entrenamiento en sugestión, con el objetivo de intervenir sobre los niveles de dolor de la paciente. Evalúa fantasía (capacidad de imaginación), absorción (capacidad de focalizar la atención aislándose), influenciabilidad, implicación emocional y nivel general de sugestionabilidad.

DIAGNÓSTICO

La paciente cumple los criterios recogidos en el eje I del DSM-IV-TR (APA, 2001) para el diagnóstico de *F33.4 Trastorno Depresivo Mayor, recidivante, en remisión parcial [296.3x]*, así como de *F45.4 Trastorno por Dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica [307.89]*.

Hipótesis explicativa

Desde hace unos años, la paciente se enfrenta a un problema de dolor crónico que la incapacita para ciertas actividades, alcanzando incluso la baja laboral. Además tiene dificultades en sus relaciones familiares, y una discusión con los hijos la lleva finalmente a abandonar el hogar familiar. Toda esta situación es valorada por la paciente en términos de pérdida, amenaza y daño, y considera que no tiene estrategias para poder manejar correctamente todos estos estresores, su per-

cepción de autocontrol y autoeficacia es muy baja. Desarrolla un afrontamiento ante las situaciones problema (sobre todo la enfermedad) fundamentalmente evitativo, cognitivo y centrado en la emoción, lo que se relaciona con niveles más altos de dolor, depresión, bajo autocontrol percibido y menor autoestima. Entra en un círculo en el que la sintomatología depresiva incrementa y mantiene el dolor y la discapacidad y viceversa, es decir la presencia constante de un dolor que no puede controlar y la percepción de discapacidad para tareas tanto cotidianas como reforzantes aumentan sus niveles de depresión. La depresión se manifiesta además en los tres canales de respuesta. A nivel cognitivo se observan sesgos con respecto al autoconcepto, sentimientos de culpa, ideación suicida, preocupación, sesgo atencional, etc. Fisiológicamente, experimenta tensión muscular. Por último, a nivel motor aparecen inactividad, llanto, evitación de ciertas situaciones o actividades, etc. Este tipo de conductas y distorsiones cognitivas, exacerban el problema del dolor y mantienen el bajo estado de ánimo y la falta de actividad.

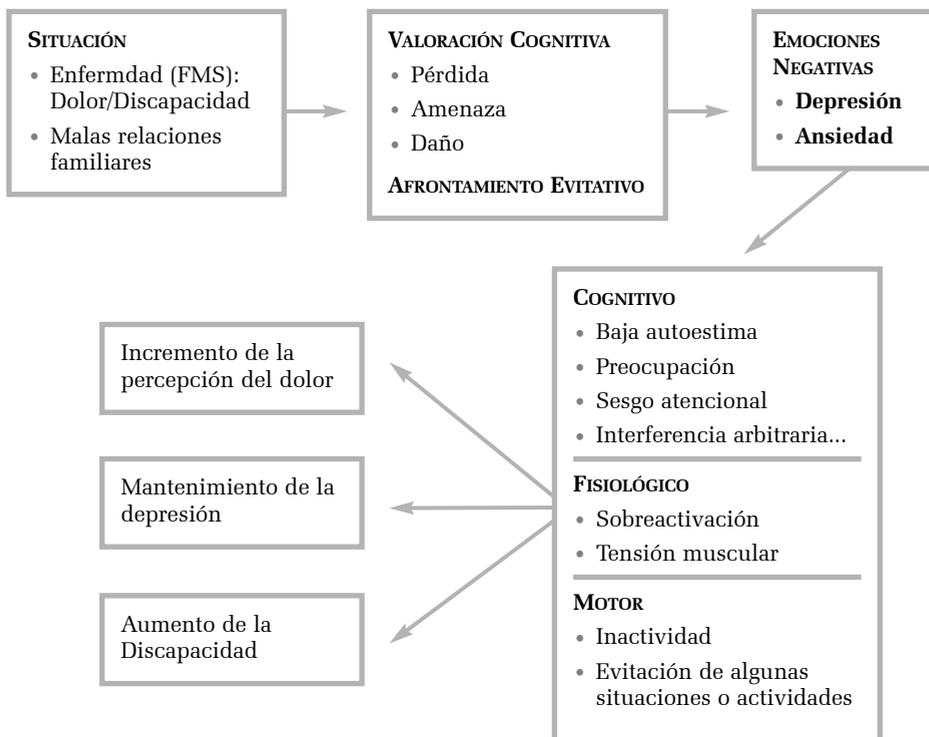


Figura 1. Hipótesis explicativa

Tratamiento: objetivos, técnicas y desarrollo

Los objetivos generales que se establecieron fueron: a) dotar a la paciente de estrategias que le permitieran manejar las emociones negativas, fundamentalmente depresión y en menor medida ansiedad; b) enseñarle estrategias que le ayudaran a controlar y reducir sus niveles de dolor; c) entrenarle en un mejor manejo de su discapacidad, tanto para tareas cotidianas como reforzantes.

Para alcanzar estos tres grandes objetivos se establecieron otros más específicos, como aprender estrategias psicológicas para mejorar la autoestima, identificar y modificar las distorsiones cognitivas que incrementan la experiencia de dolor y mantienen la depresión, aumentar el nivel de actividad, volver al trabajo, reducir la percepción del dolor, y aprender a controlar y manejar la ansiedad a nivel fisiológico.

Las técnicas utilizadas para la consecución de dichos objetivos fueron:

- Devolución de información. La primera sesión al inicio de la intervención fue dedicada a la devolución de la información a partir de un modelo explicativo similar al presentado. El objetivo era que la paciente comprendiera mejor lo que le estaba sucediendo y cómo se estaba manteniendo el problema. Se le explicaron también las fases y procedimientos que se iban a seguir durante la intervención, técnicas psicológicas que se iban a utilizar y finalidad de las mismas. Esta información incrementa la motivación de la paciente de cara al tratamiento, aumenta su control sobre el problema y reduce miedos respecto a la intervención.
- Respiración abdominal y relajación pasiva. Empezamos con ejercicios de respiración abdominal que se acompañaron de un entrenamiento en relajación pasiva. Estas técnicas fisiológicas fueron importantes en la reducción de la experiencia de dolor y la intensidad del mismo, así como para controlar la activación fisiológica. Se optó por la relajación pasiva, debido a que no es aconsejable en pacientes con problemas de dolor la utilización de una técnica convencional de tensión-distensión, ya que este tipo de ejercicios podrían agravar el problema físico. Se inducía a la relajación mediante un recorrido pasivo por los distintos grupos musculares, desde los pies y piernas, ascendiendo por la parte inferior de la espalda, el pecho, los brazos y las manos y, finalmente el cuello y los músculos de la cara (Redondo, Pérez Nieto e Iruarrizaga, 2003). A partir de la sesión once se acompañó de sugerencias específicas contrarias a cómo la paciente vivía su dolor, para entonces el dolor generalizado había des-

cendido significativamente y además era capaz de controlarlo con la relajación pasiva, pero tenía dificultades para manejar la sensación de calor en los pies. Las sugerencias que se introdujeron fueron de frescor.

- Reestructuración cognitiva. Esta técnica nos sirvió para mejorar el autoconcepto y modificar aquellos pensamientos erróneos que generaban y mantenían el bajo estado de ánimo, e indirectamente incidimos en el descenso del dolor y en el mejor manejo de su incapacidad funcional, aumentando su percepción de control sobre el dolor. Primero le explicamos la relación pensamiento-emoción-dolor, qué son los pensamientos automáticos y qué características tienen. Seguidamente, trabajamos sobre el autoconcepto, disminuyendo el temor a ser evaluada negativamente por los demás y la autoevaluación negativa. Para tal fin se trabajó en la identificación y modificación de la valoración que hacía de sus acciones, capacidades de afrontamiento y de sí misma; se le ayudó a ver las cualidades que poseía y a potenciarlas mediante el autorregistro de las mismas y de un suceso positivo que hubiera ocurrido durante el día fruto de su actuación. Cabe destacar que tuvo más dificultades para identificar un suceso positivo diario que para registrar una cualidad, pero a medida que se iban modificando los sesgos cognitivos respecto a sí misma esta dificultad fue desapareciendo, llegando a ser capaz de registrar más de un suceso al día. En la reestructuración de las ideas erróneas sobre el autoconcepto se empezó, por aquellas que habían sido detectadas durante la entrevista clínica, como por ejemplo “no he sido nacida para ser amada”. La mejora del autoconcepto se complementó con la programación de actividades placenteras y un entrenamiento en asertividad. Se prosiguió con la identificación y modificación de los errores más típicos. El procedimiento fue el siguiente: presentación de una distorsión (características y emociones que provoca), ejemplificación de la misma con uno de los pensamientos recogidos anteriormente en el autorregistro, discusión sobre la lógica del mismo, nivel de adaptabilidad y fundamentación sobre la realidad, y proposición de alternativas. Durante la semana la paciente debía trabajar el pensamiento presentado de forma específica, mediante un autorregistro del tipo: “situación –sesgo cognitivo– pensamiento alternativo”. Igualmente se trabajó sobre la reestructuración de la situación de dolor, progresivamente ésta pasó de ser una situación amenazante, que le provocaba temor, a ser un reto, un desafío que podía superar, favoreciendo el afrontamiento activo, cognitivo-conductual dirigido a la situación. Las principales distorsiones de la paciente eran: visión túnel, pensamiento absolutista, o inferencia arbitraria. Por último, la paciente cometía también un importante sesgo atencional sobre el dolor y sus emociones negativas. Éste se rectificó mediante un entrenamiento

en control atencional, que se describirá a continuación. La reestructuración se mantuvo hasta prácticamente el final de la intervención.

- Entrenamiento en control atencional. La paciente cometía un sesgo que la llevaba a atender constantemente a su dolor y a sus emociones negativas. Para eliminar este sesgo se hizo uso de dos estrategias, por un lado contamos con la relajación pasiva, como forma de focalizar la atención sobre el dolor de forma activa, controlándolo; y por otro lado, se la instruyó en parada de pensamiento y autoinstrucciones, técnicas que le ayudaban a desviar la atención del dolor y centrarla en actividades distractoras. En primer lugar se informó a la paciente de cómo centrando la atención, de forma pasiva, sobre el dolor se magnifica la percepción del mismo y de la importancia del lenguaje como guía de la atención y la conducta.
- Entrenamiento en asertividad. Durante la entrevista clínica se detectaron dificultades en la expresión de sus opiniones y sentimientos, en especial aquellos de enfado o disgusto, por lo que se decidió incluir un entrenamiento en conducta asertiva. Éste se complementó con reestructuración cognitiva, dirigida a modificar los sesgos entorno a la valoración del daño y la relevancia del mismo.

RESULTADOS

Desde el punto de vista clínico se observan como resultados significativos la incorporación de nuevo al trabajo, volver a conducir o el aumento de las actividades de ocio (natación y baile), todos ellos ejemplos claros de una disminución y mejor manejo de la discapacidad. La paciente ha aprendido una serie de técnicas que le permiten controlar y disminuir el dolor. El trabajo cognitivo, junto con el incremento del nivel de actividades y el goce con las mismas, ha hecho que la paciente mejore su autoconcepto, autoeficacia percibida y confianza en sí misma, además de modificar el estilo cognitivo, sesgado en algunos puntos. Percibe más control sobre la enfermedad y demás aspectos de su vida, como por ejemplo el trabajo o la familia. Todos estos cambios que refiere la propia paciente se apoyaron por los resultados de las pruebas de autoinforme. Para poder evaluar la eficacia de nuestra intervención se evaluó a la paciente con la misma batería de instrumentos en tres momentos: al inicio del tratamiento, al finalizarlo, y en un seguimiento tres meses después de final. A continuación se detallan los resultados.

Depresión

Los resultados del CTD (tabla 1) revelan que se ha producido un descenso en todas las escalas que conforman esta prueba. La paciente ha pasado de un nivel muy alto de tristeza a un nivel moderado al finalizar el tratamiento, y un nivel bajo en el seguimiento a los tres meses. Este descenso se observa clínicamente y lo corrobora la propia paciente.

Tabla 1
CTD

	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TENDENCIA SUICIDA	TOTAL
Pre-Tratamiento	77	85	75	96	93
Post-Tratamiento	40	60	40	70	45
Seguimiento 1	25	55	25	70	25

Todas las puntuaciones se presentan en centiles

Ansiedad

Los resultados en ansiedad tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento se presentan en las tablas 2 y 3. Al finalizar el tratamiento se observa, principalmente, un descenso en la escala fisiológica. Esto es debido al trabajo específico realizado sobre las manifestaciones de la ansiedad en esta escala por su elevada relación con el problema de dolor. A nivel motor se manifiesta un ligero descenso, en cambio a nivel cognitivo el incremento es notorio. Esto último podría ser debido a que el entrenamiento en reestructuración cognitiva, aunque a medio plazo favorece un cambio de pensamientos distorsionados, a corto plazo aumenta la conciencia sobre los mismos. A los tres meses de finalizar el tratamiento (seguimiento 1), se observan unos niveles bajos de ansiedad, y la mejoría se da en los tres sistemas de respuesta.

Respecto a las áreas situacionales (tabla 3) observamos que los niveles de ansiedad han disminuido en todas ellas en el seguimiento, siendo las más notorias FI, ansiedad ante situaciones de evaluación y FIV, ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

Tabla 2

ISRA-B. Ansiedad total y triple sistema de respuestas

	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TOTAL
Pre-Tratamiento	25	85	87	81
Post-Tratamiento	75	75	85	85
Seguimiento 1	5	20	20	10

Todas las puntuaciones se presentan en centiles

Tabla 3

ISRA-B. Áreas situacionales

	FI	FII	FIII	FIV
Pre-Tratamiento	45	40	60	65
Post-Tratamiento	25	80	60	65
Seguimiento 1	2	70	40	15

FI. Ansiedad de evaluación/ FII. Ansiedad interpersonal/ FIII. Ansiedad fóbica/ FIV. Ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

Todas las puntuaciones se presentan en centiles

Dolor y discapacidad

Para la evaluación del dolor y del nivel de discapacidad se hizo uso del FID (*Frecuencia e Intensidad del dolor*) y del HAQ (*Health Assessment Questionnaire*). Respecto al dolor, ha disminuido la frecuencia de los picos de dolor, que han pasado de presentarse casi todos los días a aparecer solo tres o cuatro veces al mes. En el seguimiento los picos de dolor están incluso más espaciados, cada dos o tres meses. La intensidad se mantiene igual, media.

El HAQ, nos da información sobre el grado de discapacidad de la paciente, que ha pasado de 2 puntos a 0,6 al acabar la intervención (sobre un total posible de 3). Este resultado se ha mantenido en el seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados tanto clínicos como de las pruebas de autoinforme presentados nos permiten concluir que la intervención llevada a cabo ha sido eficaz para la consecución de los tres grandes objetivos marcados al inicio del tratamiento: el manejo de las emociones negativas, fundamentalmente depresión y en menor medida ansiedad, la reducción de los niveles de dolor y el descenso en el grado de discapacidad de la paciente.

Dada la elevada relación que la literatura muestra entre la FMS y la depresión, y teniendo en cuenta que la sintomatología depresiva era sin duda el problema central de la paciente (de hecho cuando acude a consulta cumple criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor recidivante), se optó por un tratamiento orientado hacia la alteración psicológica de base. Las estrategias cognitivas se utilizaron para la modificación de las distorsiones propias de la depresión. Conforme mejoraba el autoconcepto se comprobó un incremento en la percepción del control sobre el dolor y en el uso de las técnicas para afrontarlo. El dolor progresivamente dejó de ser valorado como una amenaza para pasar a ser un reto. El tratamiento cognitivo se complementó con relajación pasiva, respiración abdominal e incremento de las actividades placenteras. La relajación pasiva y la respiración abdominal se utilizaron con una doble finalidad, mejorar la percepción de control sobre el dolor y enseñar a la paciente una técnica eficaz en el manejo de la ansiedad. En este tipo de población es más aconsejable la relajación pasiva junto con respiración abdominal, que nos permite salvar los problemas de dolor y movilidad (Redondo, Cano-Vindel y Pérez Nieto, 2003).

Con la mejora de la sintomatología depresiva y el incremento de la autoestima, estamos capacitando a la paciente para que desarrolle un afrontamiento activo del problema de dolor, sobre el que además se realiza una intervención específica similar a la propuesta por Thiemme, Gromnica-Ihle y Flor (2003), centrada en la eliminación de las conductas de dolor y el incremento de la actividad física y social, lo que se traduce en una disminución de sus niveles de discapacidad. El aumento de actividades de ocio así como la vuelta al trabajo suponen una mejora importante en la calidad de vida de la paciente y en su ajuste a la enfermedad, y redundan también en un beneficio desde el punto de vista económico para el Sistema General de Salud.

En resumen, la intervención cognitivo-conductual que ha sido detallada en el presente artículo resulta eficaz para el tratamiento de pacientes con FMS, en la línea de lo que apuntan otros programas llevados a cabo con esta población (Collado, Torres, Arias, Cerdá, Vilarrasa y Miyar, 2000; Górriz et al., 1999; Keel, Bodoky,

Gerhard y Muller, 1998). Aunque en este caso se presentan los resultados de una intervención individual, las mismas técnicas empleadas podrían integrarse y combinarse para la elaboración de un programa de carácter grupal. Finalmente cabe señalar que en el presente artículo, a diferencia de lo que encontramos en buena parte de la literatura revisada, las técnicas de tratamiento empleadas no solo han sido nombradas, sino que se han descrito ampliamente, lo que permite la replicación de la intervención y pensamos puede suponer una importante ayuda para los profesionales que trabajan con enfermos de FMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association-APA (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4ª edición. Texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Bennett, R.M. y McCain, G.A. (1995). *Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento*. URL disponible en: <http://www.drscope.com/privadas/revistas/atención/nov95/fibro3.htm>
Acceso 14 de junio 2003
- Caballero, C.V. (1982). *Fibromialgia (FMS). Impacto en la calidad de vida*. URL disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/reumatología/reumna82-01-fibromialgia.html>
Acceso 30 de mayo del 2003.
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Cerdá, D., Vilarrasa, R. y Miyar, V. (2000). Eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor incapacitante del aparato locomotor. *Associació Catalana d'Afectats de Fibromialgia*.
- Copenhagen Declaration (1993). Consensus document on fibromialgia. *Journal of Musculoskeletal Pain, 1*.
- Fiter, J. (1999). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. *JANO, Medicina y Humanidades, 56*, 48-55.
- Flor, H., Birbaumer, N., Schugens, M.M. y Lutzenberg, W. (1992). Symptom-specific psychophysiological responses in chronic pain patients. *Psychophysiology, 29*, 452-460.
- Flor, H. y Turk, D.C. (1989). Psychophysiology of chronic pain: Do chronic pain patients exhibit symptoms-specific psychophysiological responses?. *Psychological Bulletin, 105*, 215-259.
- Forseth, K.O., Husby, G., Gran, J.T. y Forre, O. (1999). Prognostic factors for the development of fibromyalgia in women with self-reported musculoskeletal pain. A prospective study. *Journal of Rheumatology, 26 (11)*, 2458-2467.

- Fries, J.F., Spitz, P., Kraines, R.G. y Holman, H. (1980). Measurement of patient outcomes in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23, 137-145.
- Goldenberg, D.L. (1986). Psychologic studies in fibrositis. *American Journal of Medicine*, 29 (81, Suppl.3A), 67-70.
- Goldberg, J., Weisenberg, M., Drobkin, S., Blittner, M. y Gotestam, K.G. (1997). Effects of manipulated cognitive and attributional set on pain tolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (5), 525-534.
- González Ordi, H. y Miguel Tobal, J.J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15, 57-75.
- Górriz, F., Garrido, E. y Andueza, A. (1999). El tratamiento psicológico del dolor crónico. *Huarte de San Juan Revista de Psicología y Pedagogía*, 4-5, 175-197.
- Hudson, J.I., Hudson, M.S., Pliner, L.F., Goldenberg, D.L. y Pope, H.G.Jr. (1985). Fibromyalgia and mayor affective disorder: controlled phenomenology and family historial study. *American Journal of Psychiatry*, 142, 441-446.
- Jensen, M.P. y Karoly, P. (1991). Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438
- Jiménez García, G., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1996). Cuestionario Tridimensional de la Depresión –CTD–. Versión experimental. No publicado.
- Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age group. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165
- Keel, P.J., Bodoky, C., Gerhard, U. y Muller, W. (1998). Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 14 (3), 232-238.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mera, V.A. e Insúa, V.S. (1996). Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. En S.J.L. Andreu, G.P. Barceló, B.G. Herrero, M.E. Martín, M.A. Olivé y M.J. Tornero (Eds), *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. pp.757-764. Barcelona: Doyma.
- Miguel Tobal, J.J y Cano Vindel, A. (1994). Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve –ISRA. B–. Versión experimental. No publicado.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimiento de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Navas Collado, E., Muñoz García, J.J. y García Moja, L.C. (2003). Fibromialgia: una enfermedad reumatológica con alta comorbilidad psicopatológica. *Anales de Psiquiatría*, 19, 253-264.
- Nielson, W.R., Walker, C. y McCain, G.A. (1992). Cognitive behavioural treatment of fibromyalgia syndrome: Preliminary findings. *Journal of Rheumatology*, 19, 98-103.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas de salud CIE-9*. Madrid: Meditor
- Redondo, M.M., Cano-Vindel, A. y Pérez Nieto, M.A. (2001). Afrontamiento y artritis reumatoide: una revisión crítica. *Ansiedad y Estrés*, 7, 139-150.
- Redondo, M.M. y Miguel Tobal, J.J. (2001). Escala de frecuencia e intensidad del dolor –FID–. Versión experimental. No publicado.
- Redondo, M.M., Pérez Nieto, M.A. e Iruarrizaga, I. (2003). Intervención psicológica en artritis reumatoide: caso clínico. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2(1), 27-49.
- Savi, G., Amit, G., Prodanov, A., Reolón, S., Méndez, C. y Vulcano, M. (1998). Fibromialgia y depresión. Evolución de la fibromialgia en pacientes deprimidos y no deprimidos. *Revista de Psiquiatría de Uruguay* 62(1).
- Sociedad Española de Reumatología (2001). *Estudio EPISER: Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española*. Madrid: Merk, Sharp & Dohme.
- Thiemme, K., Gromnica-Ihle, E. y Flor, H (2003). Operant behavioral treatment of fibromyalgia: a controlled study. *American College of Rheumatology*, 49 (3), 314-320.
- Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Vlaeyen, J.W.S. y Linton, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain, a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- White, K, Harth, M. y Teasell, R. (1995). Work disability evaluation and the fibromyalgia syndrome. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 24, 371-381.
- White K, Harth M, Specheley M, Ostbye T. (1999). Testing an instrument to screen for fibromyalgia syndrome in general population studies: The London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 26, 880-884.

- Wolfe F. y Potter, J. (1996). Fibromyalgia and work disability. Is a fibromyalgia a disabling disorder?. *Rheumatic disease clinics of North America* 22, 369-391.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P. (1990). The American Collage of Rheumatology, criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.