

**FIBROMIALGIA:  
AVANCES EN INVESTIGACIÓN E  
INTERVENCIÓN**

Raquel Montero Kiesow

# **ÍNDICE**

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

BREVE HISTORIA

EPIDEMIOLOGIA

ETIOLOGIA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

SINTOMATOLOGÍA

IMPACTO BIOPSIICOSOCIAL

INTERVENCIÓN

- a) TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS
- b) TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS
- c) TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

COMENTARIO PERSONAL

AGRADECIMIENTOS

BIBLIOGRAFÍA

## PRÓLOGO

Los motivos que me han llevado a escribir este trabajo son diversos; quizá, el más importante es el hecho de experimentar una gran frustración ante la imposibilidad de que se haya encontrado un tratamiento realmente efectivo que pueda aliviar el sufrimiento de quienes padecen esta enfermedad. Hace tiempo tuve el privilegio de conocer a un grupo de personas -todas ellas pacientes de fibromialgia- que cada mañana se enfrentaban a la desesperante realidad de tener que despertarse para seguir adelante con sus vidas, pese al sufrimiento que les producía el mero hecho de levantarse y constatar que el dolor seguía formando parte de ellas. Según iba pasando el tiempo, a medida que conocía mejor a estas pacientes, no dejaba de sorprenderme la enorme valentía con la que afrontaban su propia realidad, cada día, cada semana, cada mes. A pesar de observar cómo luchaban sin tregua y de admirarme de cómo la mayor parte del tiempo me correspondían con una sonrisa, me preguntaba, no sin cierta tristeza, si habrían de continuar así durante todos los años que les restaran de vida. Este pensamiento me llevó a profundizar más en esta enfermedad y a desear encontrar algo que aliviara ese sufrimiento del que tantas veces fui testigo. Con este trabajo he pretendido dar a conocer un poco más esta realidad: el impacto físico, psicológico y emocional que supone para estas personas -mujeres en su mayoría pero también hombres, e incluso niños-, que continúan luchando para, si no superar esta enfermedad, sí, al menos, adaptarse y sacar lo mejor de sí mismos. Por ellos, y para todos ellos, he querido realizar este trabajo que, aunque sólo sea una pequeña recopilación de información, confío en que pueda ayudarles a entender un poco más todo lo que les está pasando, vislumbrar un atisbo de esperanza y hacerles sentir una vida más plena, pese a todo.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo resume brevemente la historia de la fibromialgia, desde su descubrimiento hasta nuestros días; incluye también diferentes teorías sobre su etiología, y repasa los principales criterios diagnósticos y síntomas asociados; asimismo, analiza sus repercusiones dentro del ámbito biopsicosocial y contempla las diferentes opciones de tratamiento que se han dispuesto dentro del marco multidisciplinar desde el que se aborda. Por último, refiere un breve comentario sobre su implicación en la vida de las personas que la padecen.

## BREVE HISTORIA

A principios del siglo XVI ya se describían estudios acerca de esta enfermedad. Se la denominaba “reumatismo muscular”, y sus síntomas se concretaban en *dolor difuso musculoesquelético y astenia*. Más adelante, en 1828, reumatólogos alemanes encontraron que este dolor era más severo que el de las enfermedades vertebrales producidas por traumatismo, lo que les llevó a continuar las investigaciones. A finales del siglo XVI y principios del XX, neurólogos londinenses redefinieron esta patología como “fibrositis”, aplicando esta nueva denominación al *dolor localizado, generalizado difuso, que afectaba a músculos, articulaciones y vainas tendinosas*, definición que continuó hasta 1976, año en que se cambió por “reumatismo no articular”. Sin embargo, sería en 1992 cuando la OMS reconocería el término “fibromialgia” (CIE-10, código M79.0): *síndrome crónico caracterizado por dolor constante generalizado en los tejidos blandos, músculos, tendones y ligamentos, con fatiga que no se corresponde al esfuerzo realizado*, siendo consensuado el hecho de que se trataba de una enfermedad orgánica con afectación de los mecanismos de modulación del dolor.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Actualmente la fibromialgia afecta aproximadamente a un 5% de la población adulta en general (85% mujeres y 15% hombres), siendo su incidencia considerablemente menor en niños y adolescentes. Se estima que la prevalencia de la fibromialgia en España es de un 2,3% (Sociedad Española de Reumatología (SER), 2010), lo que supone casi un millón de afectados por esta patología en este país. La evolución de los síntomas es variable, al igual que el grado de afectación, pudiendo llegar a ser invalidante e impedir el desarrollo de la vida laboral. A menudo, los síntomas aparecen después de una enfermedad viral, un traumatismo físico, estrés emocional agudo, un incidente grave o un acontecimiento crítico vital.

Asimismo, es sumamente frecuente encontrar en la biografía de estos pacientes acontecimientos traumáticos en la infancia, ya sea en forma de violencia física, psicológica, abuso sexual, responsabilidades tempranas, vulnerabilidad cognitiva o emocional, trastornos del estado del ánimo, ansiedad, estrés o estrés postraumático. Se considera que estos factores desencadenan el cuadro clínico en personas predispuestas, que aparece ante estresores psicosociales o ante una nueva situación de estrés. Los pacientes con fibromialgia parecen tener un denominador común; se podrían definir como: hiperresponsables, autoexigentes y exigentes con los demás, muy trabajadores, hiperactivos, con un exceso de responsabilidades, superadaptados a un medio frustrante, hipersensibles, sumisos, con escasa o nula capacidad para el disfrute y rasgos obsesivos y/o fóbicos (Uboldi, 2008).

## **ETIOLOGÍA**

En la actualidad, el origen de la fibromialgia sigue siendo desconocido, aunque, como hemos visto, existe cierto consenso en que se trata de una alteración de la percepción del dolor causada por un procesamiento anómalo de los estímulos nociceptivos en el sistema nervioso central.

Recientemente, investigadores españoles (Ferran y cols., 2008), han detectado una alteración en el gen COMT, localizado en el cromosoma 22. Este gen, en estado normal, inactiva la dopamina, pero cuando sufre esta alteración, provoca un exceso de este neurotransmisor en el cerebro, originando una inhibición de las endorfinas, sustancias químicas encargadas de aliviar el dolor.

Investigaciones paralelas (Wood y cols., 2009) determinan que en los pacientes con fibromialgia existe un déficit de serotonina (neurotransmisor que modifica la intensidad de las señales dolorosas, causante de las alteraciones emocionales asociadas), y noradrenalina (que regula el nivel de energía, causante de la fatiga), así como un exceso de dopamina (que regula la secreción de endorfinas, causante de la percepción del dolor). Existe, además, una disminución en la respuesta secretora de las hormonas cortisol y catecolaminas -relacionadas con la respuesta al estrés-, pudiendo ser ésta la causa de la intolerancia a cualquier situación inesperada o conflictiva que antes se abordaba sin mayor problema.

Por otra parte, diversos análisis y estudios (Worrel y cols., 2001) han identificado una alteración en los niveles de “sustancia P” (sustancia que codifica el registro del dolor en el cerebro), encontrándose en estos pacientes un exceso tres veces mayor que en las personas sanas, causando hiperalgesia, hiperactividad del sistema nervioso simpático, fatiga, ansiedad, depresión y trastornos del sueño.

Igualmente, se ha comprobado que el dolor de la fibromialgia se trata de un dolor neuropático mantenido por la hiperactividad del sistema simpático (por un exceso de adrenalina); esto provocaría la falta de sueño y la intolerancia al estrés, entre otras manifestaciones, indicando que se trataría de una distrofia simpática refleja generalizada (Martínez-Lavín, 2005).

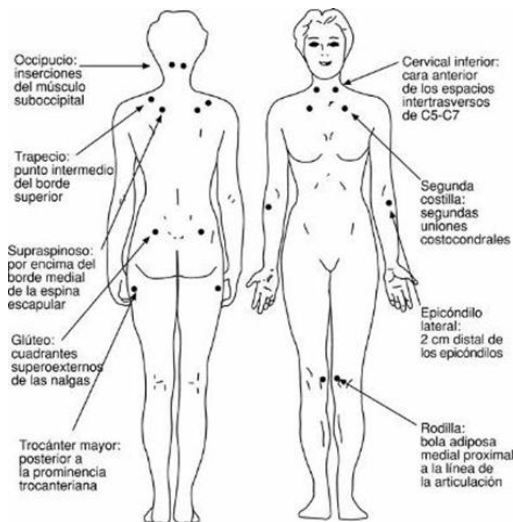
Se sugiere, además, que existe una “huella del dolor” en el cerebro que sería la causante del dolor persistente (Goicoechea, 2009).

En relación con la teoría que sostiene que la fibromialgia es una enfermedad autoinmune, científicos rusos de la Escuela del Dr. Ulzibat (Pérez Fernández, 2006) han descubierto, a raíz de distintas investigaciones sobre las similitudes de esta enfermedad con los procesos dolorosos presentes en algunos niños con parálisis cerebral, que la fibromialgia podría deberse a una alteración (proteínosis) en los siguientes sistemas estructurales protéicos: músculos específicos, ligamentos y fascias, sistema nervioso, glándulas endocrinas y exocrinas, sistema circulatorio y linfático, pulmones y sistema digestivo y urológico. Todos estos sistemas muestran una característica común: la formación de anticuerpos ante las proteínas alteradas; es decir: un ataque del sistema inmunológico al propio organismo. Estaríamos así ante un problema sistémico global, y no simplemente local que muestra sus manifestaciones limitadas a condensaciones nodulares en ciertos músculos, fascias y tejido celular subcutáneo. Si ulteriores hallazgos demostraran que esta hipótesis es correcta, la investigación daría un giro de 180°, al residir el trasfondo del problema en el mantenimiento de la integridad estructural de las proteínas.

Las últimas investigaciones (Cuatrecasas, 2009) apuntan a que son causas neuroendocrinas las implicadas en el desarrollo de esta enfermedad. Se trataría de una alteración del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (sistema nervioso y endocrino), que provocaría una alteración general del organismo.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS** (American College of Rheumatology (ACR), 1990)

1. Presencia de dolor crónico generalizado de más de tres meses de evolución, con dolor a la presión. Se considera *dolor generalizado* el que está presente en los lados izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y en el esqueleto axial (columna cervical, cara anterior del tórax y columna dorsal o lumbar).
2. Ausencia de cualquier otra enfermedad que pudiera ser la causa del dolor subyacente (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, miastenia gravis, espondilitis anquilosante, enfermedades tiroideas, etc.)
3. Dolor a la presión en 18 puntos del cuerpo (los llamados “tender points” o “puntos gatillo”), localizados en las siguientes zonas: occipucio bilateral, área cervical inferior, trapecio bilateral, supra espinoso bilateral, segunda costilla bilateral, epicóndilo bilateral, glúteo bilateral en cuadrante superior externo, trocánter mayo bilateral y rodillas bilaterales.



## SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas provocados por la fibromialgia son muy diversos; a continuación se exponen en cuatro grandes grupos para facilitar su clasificación (Ferran, 2002, Pérez, 2009, Calvo, 2010):

- a) *Fisiológico:* hiperalgesia y alodinia generalizadas, dolor miofascial; hipersensibilidad a estímulos térmicos, isquémicos, eléctricos, presión y auditivos; rigidez articular y tumefacción; fatiga crónica intensa; cefaleas, mareos, palpitaciones, taquicardias, contracturas musculares, faringitis miálgica parestesias y calambres en extremidades superiores e inferiores; dolor temporomandibular, síndrome de colon y vejiga irritable, sudores nocturnos y sensación de fiebre; en mujeres, dolores menstruales y ciclos irregulares; hiperreatividad e hipersensibilidad (al frío, ruido, luz intensa, etc.); múltiples sensibilidades (prurito, piel seca, lesiones inespecíficas de la piel), síndrome seco y de Raynaud; trastorno del equilibrio (por disfunción propioceptiva, hipotensión ortostática y efectos secundarios de medicamentos); alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño, sueño no reparador, despertares nocturnos e insomnio); anticuerpos bajos, intolerancias alimentarias y alteraciones del flujo sanguíneo cerebral (circulación anormal del flujo en las zonas donde se procesa el dolor); disfunción sexual (pérdida de la libido, anorgasmia e impotencia, inherente a los efectos secundarios de medicamentos, alteraciones hormonales, dolores constantes, fatiga y problemas emocionales).
- b) *Emocional:* altos niveles de ansiedad, tensión y estrés, hipersensibilidad y labilidad emocional, cambios de humor, miedo, culpa, resentimiento, irritabilidad, desesperanza y depresión.
- c) *Cognitivo:* pensamientos catastrofistas, sensación permanente de incapacidad, inutilidad, pérdida de autoestima y bajas expectativas de autoeficacia; dificultad para concentrarse, confusión, alteración de la memoria y de la atención; dificultad para evocar palabras y nombres, estrés psicológico intenso e intolerancia al mismo y expectativas negativas de futuro.
- d) *Motor:* inactividad, conductas de evitación y aislamiento.

## IMPACTO BIOPSIICOSOCIAL

El dolor crónico asociado a esta enfermedad puede limitar enormemente la calidad de vida de las personas que la padecen. La gravedad de la fibromialgia -leve, moderada o severa- se mide en función de varios parámetros, siendo el más importante la afectación de las actividades de la vida diaria, que se mide mediante el cuestionario FIQ (Cuestionario de Impacto de Fibromialgia). Una persona con fibromialgia *leve* responderá a los tratamientos sintomáticos y podrá seguir trabajando y manejándose bien en casi todas las esferas de su vida. Aquellas con fibromialgia *moderada* pueden tener problemas en uno o varios aspectos de su vida cotidiana, como por ejemplo: en el ámbito laboral por ausentismo reiterado o en los vínculos interpersonales por la falta de comunicación y/o comprensión de los efectos que causa la sintomatología en general y el dolor en particular. Mucho más complicada es la situación de las personas que padecen fibromialgia *severa* (alrededor de un 15% de todos los casos) cuando, a causa de la enfermedad, dejan de ser socialmente activas y laboralmente productivas, quedando severamente descompensadas (Ferrán, 2010).

En la actualidad, se tarda un promedio de hasta 7 años en diagnosticar esta dolencia (Esteve i Vives y cols., 2009). Durante este periodo de incertidumbre, el paciente debe afrontar -además de su propio dolor- el malestar, la confusión y la incredulidad de muchos profesionales de la salud, que le aseguran que no tiene ninguna patología, provocando el desconcierto de familiares, amigos, conocidos y entorno laboral. Todas estas circunstancias, además de agravar la situación, conducen al paciente hacia una espiral de incomprensión, impotencia y desesperanza que desemboca -en la mayoría de los casos- en depresión.

El hecho de no conocer las causas de esta enfermedad genera, tanto en quienes la padecen como en las personas que les rodean, sentimientos de desconfianza e intranquilidad, dando lugar, a su vez, a reacciones de miedo -al futuro, a no mejorar nunca, a empeorar- y de ansiedad. La tensión, la agitación, el estrés y la falta de apoyo familiar, médico y social originan, por tanto, una situación de desamparo tan extenuante, que el dolor se percibe con mucha más intensidad, y la persona acaba agotada por el desgaste energético que supone mantener este estado de forma permanente.

Uno de los sentimientos que mayor malestar genera en todas estas personas es, sin excepción, la frustración: la impotencia de sentir la falta de control sobre lo que les está pasando, la sensación de no poder hacer nada con respecto a su dolor, la falta de expectativas positivas con respecto al momento presente y al futuro, la incertidumbre sobre lo será de sus vidas a partir de esta nueva y desesperanzadora visión de sí mismos.

Una de las prioridades a la hora de abordar esta enfermedad, al igual que sucede en todas las patologías en que las capacidades de la persona se reducen considerablemente, consiste en que el paciente *identifique, explore y vaya experimentando, lo antes posible, sus nuevas limitaciones*; cuanto antes lo haga, antes podrá aceptarlas y vivir de acuerdo con su nueva situación. De lo contrario, el desinterés, la culpabilidad, la agresividad, la negación de la realidad y la resistencia al cambio producirán un estado en el que la persona tomará como alternativa el aislamiento y la inactividad, con la consiguiente pérdida de interés por su entorno, retroalimentación de sus sentimientos de culpa, inutilidad y frustración, con el llanto como única respuesta; incluso aparecerá la ideación suicida, al no encontrar salida a esta visión tan negativa de sí misma, de su entorno y de su futuro.

El proceso de adaptación a esta nueva situación se vive a través de varias etapas o momentos: negación, rebeldía, negociación, depresión y, por último, aceptación.

- a) Durante la *negación* se tiende a rechazar la realidad, se lucha contra ella.
- b) En el momento de *rebeldía*, el paciente acepta más la realidad, pero se rebela contra la propia existencia del problema; esta etapa viene acompañada de sentimientos de frustración y de comportamientos agresivos.
- c) En la fase de *negociación*, el paciente se hace promesas para el cuidado personal y para la curación; en esta etapa hay un diálogo interno, un intento de poner en marcha cambios en la situación actual.
- d) Durante la fase de *depresión* suele haber un debilitamiento y un empeoramiento físico, consecuencia del estrés sostenido, la angustia constante, el agotamiento, la frustración, la sobrecarga y la sensación de impotencia.
- e) Finalmente, se llega a la fase de *aceptación* cuando el paciente se ha permitido llorar por todo lo sufrido, cuando ha aceptado a esa nueva persona, a ese nuevo yo y lo ha hecho suyo; es entonces cuando ha de aprender a vivir de nuevo, a descubrir nuevas aficiones, nuevos intereses, nuevos retos, y a ver el mundo desde otra perspectiva.

Uno de los problemas que complica aún más esta última fase es el hecho de cómo el paciente contempla su nueva vida. Es importante que recupere las actividades que ha ido abandonando debido a esa actitud de “todo o nada”, a esa creencia que ha condicionado decisiones tales como: “si no puedo hacer las cosas como las hacía antes, no las hago”. Si, antes de enfermar, el paciente rendía un “cien por cien”, ahora debe conformarse con un simple “treinta o cuarenta por ciento”. No es extraño, por tanto, que surja la frustración. Pero lo que el paciente debe comprender es que, ahora, su “cien por cien” es su antiguo “treinta o cuarenta por ciento”. En realidad rinde al máximo; lo único que ha cambiado es su escala de evaluación. Si consigue aceptar esto, todos los momentos futuros se parecerán cada vez más a ese “cien por cien” original.

Por último, conviene insistir en el hecho de que la fibromialgia es una enfermedad crónica, omnipresente y difícil de sobrellevar, con una limitación funcional equivalente a la artritis reumatoide. Paradójicamente, la fibromialgia no está recogida en los baremos que sirven para otorgar la *incapacidad laboral* por parte de la Seguridad Social, como tampoco lo está para la calificación de *minusvalía*. Por este motivo, una vez que el paciente tramita la solicitud de incapacidad y después de realizar una espera que se prolonga durante varios meses, indefectiblemente, ésta será denegada por el Tribunal Médico. Esto sucede siempre y de forma automática. Al paciente le resta únicamente la posibilidad (en caso de disponer de recursos económicos suficientes para sufragar los cuantiosos gastos de un abogado especializado y de un médico privado que acredite, en un informe favorable y exhaustivo, la gravedad de su dolencia) de recurrir al Tribunal de lo Social. Por este motivo, en numerosas ocasiones, estos enfermos, además de haber perdido su salud, su trabajo, y, en no pocos casos, su familia y su entorno social, pierden también sus últimos recursos económicos, encontrándose así en una situación de absoluta desprotección y exclusión social. El círculo vicioso, por tanto, se cierra: enfermedad, incompreensión, impotencia, desesperanza, depresión, pérdida, frustración y, nuevamente, enfermedad.



## INTERVENCIÓN

Una vez realizada la correspondiente evaluación por parte de un equipo multidisciplinar, a la hora de intervenir -siempre desde una perspectiva biopsicosocial- es fundamental incluir los siguientes aspectos (González Ordi, 2009):

- a) *Biomédicos*: implicarían un buen conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, tratamiento farmacológico, actividad física cotidiana y grado de discapacidad provocado por la patología dolorosa.
- b) *Relacionados con la experiencia del dolor*: frecuencia, intensidad, valoración autoinformada, localización, duración y variación cíclica.
- c) *Emocionales*: niveles de ansiedad, tristeza, depresión, irritabilidad, ira, y su relación con el incremento o reducción en la percepción del dolor, sensibilidad a la ansiedad, y sensibilidad interoceptiva.
- d) *Cognitivos*: creencias y estilos de afrontamiento al dolor, pensamiento catastrofista, nivel de autoeficacia, y miedo a realizar actividades asociadas al incremento del dolor.
- e) *Conductuales*: comportamientos que provoquen alivio del dolor, que lo agraven, comportamientos de evitación, reforzamiento de las conductas de dolor por parte de los demás, y utilización de las conductas de dolor para obtener refuerzo social.
- f) *De personalidad*: variables que puedan influir en el afrontamiento y el manejo del dolor, como el neuroticismo, la resistencia al cambio o la sugestionabilidad.
- g) *Psicosociales*: nivel percibido de apoyo social en entorno familiar, de pareja, laboral, interpersonal, y la posible existencia de factores de riesgo para el incremento de la cronicidad y la discapacidad, que potencien el rol de enfermo.

Aunque en la actualidad aún no se ha encontrado un método eficaz para paliar de forma significativa los síntomas de esta enfermedad, a continuación se especifican los principales tratamientos que han demostrado mayor efectividad en el abordaje de la fibromialgia:

### a) Tratamientos farmacológicos

La mayor parte de estos tratamientos incluye: analgésicos, sedantes hipnóticos, antidepresivos, anticonvulsivos, tratamientos hormonales y complejos vitamínicos. Todos ellos parcialmente efectivos a corto plazo (Rivera y cols. 2006, Rivera, 2008).

### b) Tratamientos complementarios y alternativos

Deben realizarse siempre bajo supervisión médica, sin que ello presuponga la exclusión de los tratamientos médicos convencionales. Incluyen terapias complementarias, alternativas y métodos paliativos (Nishishinya y cols., 2006). Entre todos ellos se encuentran: fisioterapia, homeopatía, osteopatía y quiropraxia; masaje terapéutico, acupuntura y shiatsu; higiene postural, terapia de calor, terapia sacro craneal (tratamiento manual de los tejidos y huesos del cráneo basado en la osteopatía craneal) y terapia de los puntos desencadenantes (presión constante que desactiva los puntos causantes del dolor miofascial); tratamiento Azenta RBF-01 (aplicación de campos electromagnéticos externos de baja intensidad que regulan el sistema nervioso central);

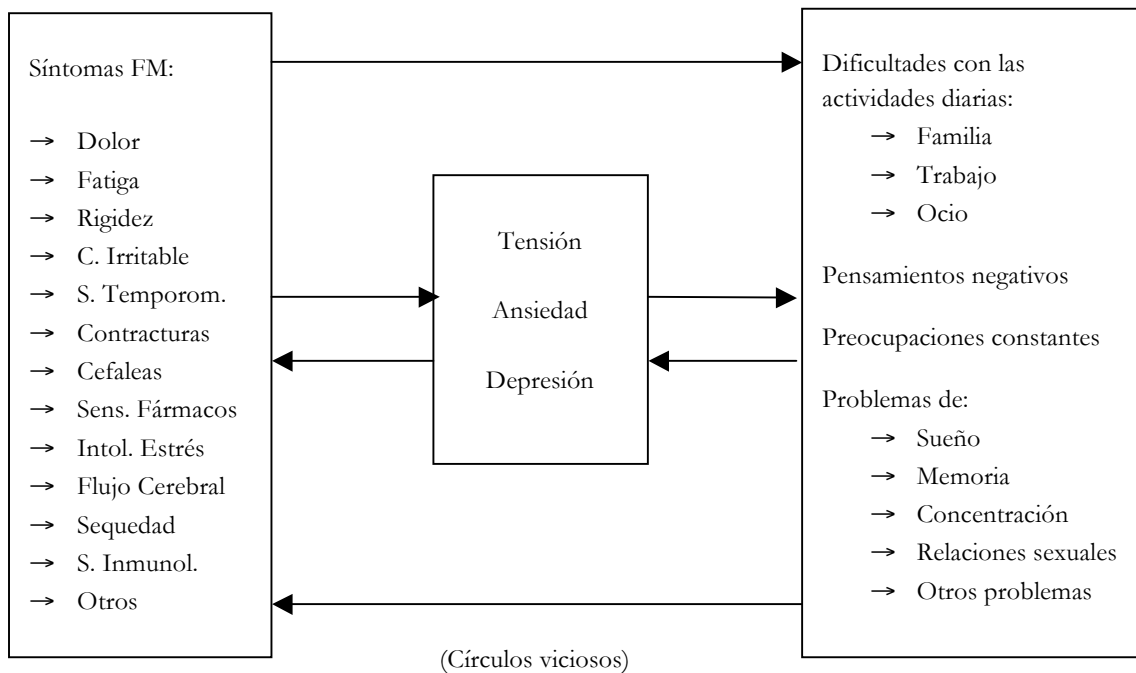
ozonoterapia, diafreo (estiramiento de las cadenas musculares acortadas) y alivio miofascial (masaje suave diseñado para aliviar las restricciones y la estrechez de los tejidos conectivos); sistemas neuroterapéuticos flexys (rehabilitación física del equilibrio muscular a través de ondas de radio de baja frecuencia); reiki, fitoterapia, balneoterapia, aromaterapia y ejercicios de relajación; ejercicio físico moderado (paseos, ejercicios en el agua, aeróbicos, estiramientos, etc.), dietas especiales, suplementos vitamínicos, minerales y oligoelementos; simulador electrónico de amanecer (ayuda a regular el ritmo circadiano y a conseguir una mejor calidad de sueño).

### c) Tratamientos psicológicos

Por todo lo expuesto anteriormente, el tratamiento psicológico resulta imprescindible para estos pacientes, tanto al comienzo como durante el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Se puede aplicar de forma individual, grupal, o a través de grupos de apoyo, ya que la fibromialgia suele provocar un considerable desequilibrio a nivel personal, familiar, social, laboral y económico.

En este sentido, la terapia que mayor eficacia ha demostrado, tanto a nivel clínico como experimental, en el tratamiento de enfermedades crónicas -entre las que se incluye la fibromialgia-, ha sido la *terapia cognitivo-conductual* (American Pain Society (APS), 2005), en la que las intervenciones se organizan en torno al esquema básico del comportamiento humano: situación de enfermedad percibida, procesada y valorada según historia de aprendizaje, recursos biológicos, psicológicos y sociales, respuestas automáticas y de afrontamiento, y consecuencias en términos de estado de salud (Pastor, 2009).

Los objetivos terapéuticos están destinados a normalizar el funcionamiento del paciente en todos los ámbitos de su vida. Uno de los modelos utilizados en esta terapia para entender el mantenimiento de los círculos viciosos en que estos pacientes se ven atrapados es el siguiente:



Si bien el sufrimiento que experimentan estos pacientes puede fluctuar a lo largo del día o agravarse ante situaciones de estrés, el dolor nunca llega a desaparecer por completo, motivo por el cual esta condición clínica puede ser altamente incapacitante, siendo la gestión del dolor un aspecto fundamental a tener en cuenta en las actividades diarias. Por tanto, el manejo de estas actividades se debe aprender de forma preferente, resultando imperativo que la realización de cualquier esfuerzo físico extraordinario sea planificado con suficiente antelación, con el fin de que el dolor no se precipite de forma inesperada.

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, las estrategias de control sobre el dolor más empleadas son las siguientes (Comeche, Martín y Zubiaurre, 2000):

- a) la *relajación*: para disminuir la tensión muscular y las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, el nerviosismo o la angustia, y para ayudar a conciliar el sueño.
- b) la *focalización externa de la atención*: para no centrarse en el propio dolor o en los síntomas con el abandono de las conversaciones y comentarios sobre el dolor, y aprendiendo a concentrar la atención en estímulos externos al propio cuerpo.
- c) la *organización y distribución de las actividades diarias*: para integrar la fibromialgia en el ritmo de vida armonizando actividades y descansos.
- d) el proceso de *solución de problemas*: para ayudar en la toma de decisiones sobre los pequeños (o grandes) problemas a los que cada día estos pacientes deben enfrentarse.
- e) la *asertividad*: para expresar directa y claramente lo que se quiere, se desea o se necesita.
- f) *estrategias contra el insomnio*: el control de las condiciones del ambiente en que se duerme, el aprendizaje de hábitos que ayuden a conciliar el sueño, y el uso de relajación antes de dormir.
- g) *estrategias para la mejora de la satisfacción sexual*: para ayudar a superar las dificultades que representa el padecimiento de esta enfermedad en el mantenimiento de unas relaciones sexuales plenamente satisfactorias.
- h) *estrategias para superar el deterioro cognitivo*: especialmente para fomentar la memoria, la atención y la concentración.
- i) el *cambio de los pensamientos negativos*: para sustituirlos por otros más positivos y constructivos en el afrontamiento del dolor y los síntomas asociados.
- j) el *aumento de las actividades agradables y placenteras*: para mejorar el estado de ánimo.

El tratamiento de esta clase de dolor debe realizarse de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente, y, conforme a la persistencia del mismo, debe evitarse que éste se apropie por completo de la vida del paciente, imposibilitando su realización personal, familiar, social y laboral (Vallejo, 2008). Esto requiere el reconocimiento del dolor por parte del paciente y la aceptación de su existencia, e implica que la forma de reducir el dolor debe partir del dolor mismo. De la misma manera que ocurre en los trastornos de ansiedad, la evitación del estímulo aversivo únicamente incrementa el miedo.

En el caso del dolor, su aceptación, e incluso la contemplación de algunas de las respuestas fisiológicas relacionadas con éste, son una vía para reducirlo. La aceptación del dolor, el malestar y las limitaciones que todo esto conlleva puede abordarse de forma eficaz a través un tipo concreto de terapias, las denominadas “de tercera generación” (Hayes y cols., 2006); en particular, a través de la *terapia de aceptación y compromiso (ACT)* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999 y Wilson y Luciano, 2002), cuya aplicación está cada vez más extendida debido a la persistencia del dolor crónico pese al tratamiento médico.

Las técnicas psicofisiológicas más destacadas en el tratamiento de estas enfermedades son la *hipnosis clínica* y el *biofeedback*. Ambas actúan sobre los sistemas naturales de autorregulación del dolor, en especial del dolor disfuncional (Vallejo, 2009). En cuanto a la *hipnosis clínica*, la analgesia hipnótica, o el empleo de sugerencias hipnóticas específicas para la reducción y el alivio del dolor, ha demostrado ser eficaz en la reducción tanto del dolor inducido experimentalmente en laboratorio como del dolor en contextos clínicos (González Ordi, 2005). En lo que se refiere a las *técnicas de biofeedback*, éstas permiten que un sujeto, mediante instrumentos electrónicos que generan señales auditivas o visuales, perciba los cambios fisiológicos y biológicos que normalmente tienen lugar sin que el individuo sea consciente (ritmo cardíaco, presión arterial, conductancia de la piel, etc.). Con estas técnicas el paciente puede modificar sus propios estados orgánicos y recuperar su normal funcionamiento.

Por último, se puede decir que, dado que las investigaciones se están abordando desde un marco multidisciplinar y que los avances se están incrementando en los últimos años a un ritmo exponencial, cada vez existe un mejor conocimiento de los mecanismos de funcionamiento de esta enfermedad, del alcance de sus repercusiones y de los grados de afectación en el organismo. Todo ello podría implicar que se llegara a concretar el origen de esta patología y a desarrollar tratamientos terapéuticos más precisos en un futuro no muy lejano.

Para concluir, a continuación se expone, de forma íntegra, el *Decálogo contra la Fibromialgia* emitido por la Sociedad Española de Reumatología (2007), con la esperanza de que estos consejos sean útiles a todas aquellas personas que padecen esta enfermedad:

1. *Acepte el dolor*: las personas con fibromialgia y dolor crónico pretenden muchas veces encontrar un tratamiento que elimine rápidamente los síntomas que tienen. Desgraciadamente, esto casi nunca es posible. No hay recetas ni píldoras mágicas para la fibromialgia y el dolor crónico. Por ello, el primer paso para controlarlo es aceptarlo y asumir que el dolor puede persistir para siempre y que, por tanto, en adelante, va a formar parte de nuestra vida. Desde luego, no es agradable pensar que el dolor nunca nos va a abandonar y muchas personas pueden incluso sentir miedo de no saber cómo manejar esta situación. Sin embargo, reconocer la realidad es el primer paso para conseguir cambiar nuestra vida hacia una situación en la que el dolor, aún estando presente, no sea el centro de la misma. Cuando se acepta el dolor, se aprende a reconocerlo y a saber lo que lo mejora o empeora, y estamos entonces en situación de buscar soluciones y de volver a disfrutar de la vida.
2. *Controle sus emociones*: la fibromialgia, y el dolor crónico que produce, cambia con frecuencia nuestras emociones y nuestro comportamiento. Muchas personas con esta enfermedad desarrollan sentimientos negativos que antes no presentaban y que les hacen convertirse en una persona diferente. Los sentimientos negativos más frecuentes en las personas con fibromialgia son enfado e ira, depresión, frustración, sensación de fracaso, culpa y vergüenza. Es normal que una persona con dolor crónico tenga estas emociones y sentimientos negativos, pero debe aprender a controlarlos para que no se cronifiquen y se conviertan en un problema añadido.

En primer lugar, reconozca todo lo positivo que le sucede en la vida: a pesar del dolor no es un incapacitado y puede hacer muchas más cosas de las que piensa, tiene amigos y familiares que le aprecian y con los que puede disfrutar, todavía puede ilusionarse por cumplir sus objetivos personales, su enfermedad no puede curarse pero puede tratarse y controlarse. No intente ser un perfeccionista; nadie puede hacerlo todo bien, y una persona con una enfermedad menos aún. Sea realista y plantéese objetivos alcanzables. Con frecuencia, para no fallarles a los demás, se hacen cosas que perjudican la enfermedad y el dolor; exprese de forma abierta y sincera cuáles son sus necesidades y evitará sentimientos de culpa.

3. *Controle su estrés:* el estrés es, básicamente, la respuesta del organismo cuando afrontamos un peligro y nos preparamos para luchar o para huir. El cuerpo y los músculos se tensan, el corazón y la respiración se aceleran, y la presión arterial aumenta. Sin embargo, muchos pequeños acontecimientos de la vida diaria provocan estrés que hacen que las personas se sientan bajo presión y con pérdida del control de la situación. Este estrés puede venir de circunstancias familiares o laborales, de problemas económicos o de problemas de salud. También las actitudes perfeccionistas pueden generar estrés. La mejor manera de combatir este estrés perjudicial es, en primer lugar, reconociendo cual es la causa del nuestro, y evitando las situaciones que lo favorezcan. También es útil organizar y planificar nuestras actividades diarias, y dedicar diariamente tiempo a la relajación. Esta se practica siguiendo determinadas técnicas - cómo la respiración profunda o la relajación muscular- que pueden aprenderse con un corto entrenamiento.
4. *Evite la fatiga:* tan negativo es permanecer en inactividad, como realizar un número excesivo de tareas. Si gastamos nuestras energías intentando cumplir demasiados objetivos, la fatiga y el dolor aparecerán sin remedio. Examine cuáles son sus obligaciones y tareas diarias, y valore realmente si no hay un exceso de trabajo en su vida. No intente ser perfeccionista; planee sus obligaciones y elimine o delegue aquellas que no sean estrictamente necesarias. Intercale periodos de descanso entre los de actividad, y haga sus tareas a un ritmo que usted pueda controlar.
5. *Haga ejercicio:* posiblemente es el aspecto terapéutico más importante para el tratamiento de la fibromialgia. El ejercicio no sólo mantiene en forma los músculos y pone a punto el sistema cardiovascular, sino que disminuye el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión. Todos estos cambios positivos sobre los síntomas se deben a que durante el ejercicio se liberan unas hormonas, denominadas endorfinas, que producen los efectos beneficiosos referidos. Lo mejor para esta enfermedad es el ejercicio aeróbico, que es aquel que incrementa la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno. Caminar, correr, andar en bicicleta o bailar son ejercicios aeróbicos que favorecen el control de la enfermedad. Comience a realizar el ejercicio de una forma suave y vaya progresivamente incrementando su intensidad y duración, hasta realizarlo de 20 a 40 minutos, como mínimo 3 días a la semana. Al principio es posible que su dolor se incremente, pero progresivamente irá disminuyendo.
6. *Relaciónese con los demás:* con frecuencia es frustrante para las personas con fibromialgia, la falta comprensión de los familiares y amigos. El dolor no es fácilmente perceptible para los que conviven con nosotros y eso puede generar sentimientos de duda sobre la realidad de la enfermedad del paciente que, al sentirse incomprendido, tiende a aislarse y esto perjudica, de una forma importante, el control del dolor. Por ello, la comunicación con las personas que nos rodean se vuelve especialmente importante.

Todos sabemos el alivio que proporciona la conversación con los amigos y compañeros. Dígales a los demás lo que le pasa, y como no puede hacer siempre las cosas que hacía antes, pero evite que la comunicación se centre continuamente en su dolor. Pida ayuda, si la necesita, y no rechace la compañía de otros. El apoyo de nuestros vecinos, familiares y amigos, nos hará mejorar con más rapidez y afrontar mejor nuestra enfermedad.

7. *Proteja su salud:* la depresión que el dolor crónico puede acarrear hace que se abandonen los buenos hábitos de salud, que sirven para todas las personas, incluidas aquellas que tienen fibromialgia. El tabaco, que es nocivo para cualquier aspecto de la salud, es también un excitante del sistema nervioso que hará más difícil que pueda controlar el dolor. Lo mismo sucede con la cafeína y el exceso de alcohol, el cual puede, además, interferir con su medicación. Vigile su peso y haga ejercicio para mantenerse en forma.
8. *Use con precaución los medicamentos:* muchos de los síntomas de la fibromialgia mejoran con medicación. Los analgésicos y antiinflamatorios tan eficaces para el dolor agudo, no funcionan tan bien para el dolor crónico de la fibromialgia, aunque son útiles en muchos pacientes. Existen analgésicos más potentes, denominados opiáceos, que pueden ser empleados siempre que los recomiende un especialista. Otros fármacos, como los anticonvulsivantes y los antidepresivos también pueden disminuir el dolor. Existen medicamentos que pueden mejorar el sueño, los trastornos psicológicos, las molestias intestinales, etc., pero lo más importante es que la persona que padece esta enfermedad evite el automedicarse y se ponga en manos de un médico experto en el tratamiento del dolor crónico y en el uso de las medicaciones mencionadas.
9. *Use con precaución las medicinas alternativas:* como con frecuencia los medicamentos tienen un resultado solamente parcial, es habitual que muchos enfermos busquen soluciones en las terapias alternativas. Algunas de estas terapias mejoran el dolor y pueden favorecer el control de estrés como: el yoga, la acupuntura, la quiropraxia, el masaje, el Tai-Chi, la homeopatía, etc. La medicina alternativa puede ser cara y no está regulada por las guías médicas. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual. Desconfíe si le prometen curación, si le recomiendan que abandone la terapia con medicinas o si le dicen que el tratamiento es un secreto y sólo puede ser administrado por ciertos proveedores.
10. *Sea constante:* la paciencia es una virtud importante; conseguir resultados puede tardar algún tiempo. No lo eche todo a perder porque tenga un “día malo”. Aunque haya conseguido estabilizar su enfermedad, los “días malos” inevitablemente aparecerán y debe estar preparado para afrontarlos. En esos días, salga de casa y relaciónese con los demás, mantenga sus compromisos habituales y procure dedicar más tiempo a relajarse. Mantener con regularidad los consejos que le hemos dado anteriormente es la mejor forma de seguir controlando su enfermedad.

## COMENTARIO PERSONAL

Es cierto que el dolor -especialmente si es crónico- provoca muchas de las emociones negativas a las que me he referido: enfado, ira, hostilidad, inutilidad, frustración y desesperanza; sin embargo, propicia también la aparición de muchas otras cualidades positivas que no he mencionado, pero que también existen: entre otras, el *valor* con que estas personas siguen adelante, la *satisfacción* de haber superado un nuevo día, la *empatía* hacia los demás, la *ilusión* y la *motivación* por descubrir otras formas de vivir y de sentir, la *compasión* hacia el sufrimiento ajeno. Todas estas cualidades, en ocasiones, emergen precisamente como consecuencia de la enfermedad. Así, a través del dolor, muchas personas se encuentran ante una comprensión mucho más profunda y humana de todo lo que les rodea, ante una perspectiva más amplia de sí mismos y de todo lo que implica el sufrimiento, tanto propio como ajeno; en definitiva, aprenden el significado de ayudar y de ser ayudados, de consolar y de ser consolados. En mi opinión, todo ese dolor, que tantas y tantas personas van acumulando a lo largo de toda su vida, no es en vano, no se queda sólo en eso, en dolor, sino que trasciende. Quizá sea precisamente esto lo que muchas veces impulse a los demás a luchando, a seguir esforzándose, a seguir investigando.

Todos los estudios y análisis, así como todas las terapias y técnicas que he mencionado en este trabajo, al igual que todos los programas que he podido compartir con muchas otras personas, a mi modo de ver, son fruto de la voluntad y la entrega de quienes dedican sus vidas, o parte de sus vidas, a intentar ayudar a los demás, a aliviar su sufrimiento. Desde esta perspectiva, esto significa que aún hay esperanza; que nadie que se encuentre en esta situación está solo; que científicos e investigadores continúan su labor en busca de una solución en forma de nuevos tratamientos, nuevas técnicas, nuevos avances; y que podemos aprovechar todo ello para conseguir una mejor calidad de vida y una mayor concienciación; en lo que respecta a esta enfermedad y a todas las demás.

## AGRADECIMIENTOS

Afibrom (Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid)

Francisca Borrué, Presidenta de Afibrom

Javier Repullés, José Manuel Albelda, Miriam Díaz Albil

A todas las personas del grupo de apoyo de Afibrom que compartieron conmigo sus experiencias, sus inquietudes y sus miedos; y, especialmente, a todas aquellas que dedican su vida a los demás y a intentar hacer de este mundo un lugar “menos doloroso” en el que vivir. A todos ellos, mi más sincero agradecimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- CASANUEVA, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia*. Santander. Cantabria Imagen.
- MARTÍNEZ-LAVÍN, M. (2006). *Fibromialgia: cuando el dolor se convierte en enfermedad*. España. Santillana.
- GARCÍA, F., CLAUDÍN, V. (2008). *Fibromialgia: la verdad desnuda*. Madrid. La Esfera de los Libros.
- CASTILLA, A., LÓPEZ J. (2007). *La Fibromialgia y sus implicaciones personales y sociales en los pacientes de la Comunidad de Madrid*. Madrid. Oficina del Defensor del Paciente.
- QUEVEDO, L. (2004). *Fibromialgia: cómo combatir la fatiga crónica*. Barcelona. Obelisco.
- PENACHO, RIVERA, PASTOR Y GUSI. (2009). *Guía de ejercicios para personas con fibromialgia*. Vitoria-Gasteiz. Asociación Vasca de Divulgación de Fibromialgia.
- MARTÍNEZ-LAVÍN, M. (2003). *8ª Conferencia de Fibromialgia, una visión internacional. Las últimas investigaciones*. Madrid. Afibrom.
- NISHISHINYA Y COLS. (2006). *Revisión sistemática de las intervenciones no farmacológicas y terapias alternativas en el tratamiento de la fibromialgia*. *Med Clin.*, 127-295-9. Barcelona.
- CARMONA, A. (2006). *Guía de aspectos psicológicos en fibromialgia*. Madrid. Afibrom.
- BELTRÁN, I., SIERRA, C. (2000). *Alimentación en fibromialgia*. Madrid. Afibrom.
- CUATRECASAS, C. (2009). *Jornadas de Fibromialgia y F. Crónica en Afiza (Zamora)*. Madrid. Afibrom.
- GREGORIO BASAGOITI Y COLS. (2003). *Fibromialgia*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de publicaciones.
- COMECHE, I., MARTÍN, A. (2004). *Vivir con fibromialgia, guía de aspectos psicológicos*. Madrid. Afibrom.
- DÍAZ ALBIL, M. (2009). *Propuesta de programa cognitivo-conductual para la fibromialgia*. Madrid. Centro de Psicología Bertrand Russell.
- VALLEJO PAREJA, M.A. (2005). *Un tratamiento psicológico más completo del dolor crónico*. *Boletín de Psicología*, nº 84 págs. 41-58. Valencia. Promolibro.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGIA (2010). *La Fibromialgia*. Artículo publicado en el portal [www.ser.es](http://www.ser.es). Madrid.
- VALLEJO PAREJA, M.A. (2008). *Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico*. *Clínica y Salud*, nº 3. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- FUNDACIÓN ONCE (2009). *Fibromialgia*. Artículo publicado en el portal [www.discapnet.es](http://www.discapnet.es). Madrid.
- MUNTANÉ, M.D. (2006). *Cómo combatir la fibromialgia*. Reportaje publicado en el portal [www.dsalud.com](http://www.dsalud.com). Madrid. Ediciones MK3, S.L.
- GÓNZALEZ ORDI, H. (2006). *Hipnosis Clínica: aplicaciones de las técnicas de sugestión en psicología clínica y de la salud*. *Psicología Conductual* nº 14, págs. 467-490. Granada.
- GÓNZALEZ ORDI, H. (2005). *El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología*. *Psicooncología* nº 1, págs. 117-130. Madrid.
- GONZÁLEZ, J.L. Y COLS. (2009). *Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés, recuperación y malestar afectivo en fibromialgia*. *Psicothema* nº 21, págs: 359-366. Oviedo.