

*IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS
A LA ACTIVACIÓN Y A LA INHIBICIÓN
DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DE LA FIBROMIALGIA*

RICARDO RODRÍGUEZ SASTRE *

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

This study tries to identify the psychological factors associated with stimulation and inhibition of the fibromyalgia's clinical symptoms through a questionnaire made by the authors. The design was a descriptive correlation analyses. The instrument was applied to 60 women with fibromyalgia's diagnostic, who were users of the Colombian Army Health Service. They were middle class and with primary school. The results showed that the fibromyalgia's symptoms correspond to the half level of the percentage scale used. There was a significant association ($P < 0.05$) between stressful situations and fibromyalgy's activation symptoms, as well as, between social support plus self-care and fibromyalgy's inhibition symptoms. There was a significant correlation ($P < 0.05$) between fibromyalgy's clinical symptoms and depression and anxiety psychological factors.

Key words: health psychology, activation and inhibition psychological factors, fibromyalgy.

Actualmente se conoce como fibromialgia a un cuadro de dolor musculoesquelético generalizado "DMG" de partes blandas con puntos anormalmente sensibles a la presión local, que se asocia a trastornos del sueño y frecuentemente con alteraciones afectivas (depresión, ansiedad) (Belmonte, 1990). En 1976 a raíz de la creación de criterios para su diagnóstico por el Colegio Americano de Reumatología, la fibromialgia ha sido aceptada como un complejo sindromático específico definida como un grupo de trastornos reumáticos no articulares caracterizados por dolor e hipersensibilidad a la presión, fatiga y rigidez de los músculos. Algu-

nas personas con fibromialgia pueden estar inconformes porque los médicos no consideran que esta entidad sea una enfermedad seria; con frecuencia los mismos familiares acaban dudando de la veracidad de las molestias que el enfermo refiere, puesto que el médico les cuenta que los análisis y las radiografías son normales.

La fibromialgia afecta entre el 1 y el 3% de la población, siendo más frecuente en mujeres (85%) entre los 40 y 60 años.

La patogénesis del síndrome permanece sin aclarar, la heterogeneidad clínica es pronunciada y múltiples factores parecen relacionarse con su desarrollo y cronicidad, la

* Director de la investigación. E-mail: psicología@ucatolica.edu.co. Con la colaboración de Aranzazu Sandra, Celys Ligia, Mejia Jessica y Vega Claudia.

medicina tiene un sesgo tradicional hacia una explicación patológica, pero con la fibromialgia no hay evidencia de anomalía inflamatoria, metabólica o estructural manifiesta. Se han descrito casos de fibromialgia que comienzan después de procesos puntuales, como puede ser una infección bacteriana o viral, un accidente de automóvil, la separación matrimonial o el divorcio, un problema con los hijos. En otros casos aparece después de otra enfermedad conocida que limita la capacidad de vida del enfermo (artritis reumatoidea, lupus eritematoso, etc.). 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 ante 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. Otros factores que pueden contribuir al desarrollo o perpetuación de la fibromialgia son el estrés psíquico, anomalías endocrinológicas o en el sistema inmunitario, anomalía bioquímicas en el sistema nervioso central, como niveles alterados de serotonina. Los síntomas afectivos son comunes, aún cuando está sin aclarar si son primarios o secundarios.

La principal manifestación clínica es la presencia de múltiples sitios sensibles hiperalgésicos. En sujetos normales estos sitios sensibles son molestos a la presión firme, pero en pacientes con fibromialgia una presión similar produce un sobresalto o una respuesta de retiro. El grado de presión es claramente importante (Doherty, 1995)

El mapa de 14 puntos dolorosos inicialmente descrito por Smythe (1979, citado por

Belmonte 1990), ha sido el más utilizado en los estudios sobre fibromialgia. Aunque los criterios varían según los autores, en general se admite que puede establecerse el diagnóstico de fibromialgia cuando están afectados un 50% o más de los puntos sensibles estudiados según uno de los mapas descritos.

En los últimos años se ha incrementado la prevalencia de las enfermedades reumatólogicas y en especial de la fibromialgia, asunto que despierta mayor interés por parte de los profesionales comprometidos con el estudio de esta entidad. Por documentación literaria se sabe que existen varios factores comprometidos con el origen y mantenimiento de los síntomas característicos de esta enfermedad; los factores psicológicos que estarían involucrados, corresponden a desórdenes afectivos, emocionales y psicofisiológicos. Sin embargo, no se puede desconocer en la actualidad el papel que juega el estilo de vida de las personas, así como la exposición a ciertos eventos ambientales, en la comprensión de la génesis y curso de la enfermedad física.

Muchos de estos factores hacen parte de la etiología o están asociados como factores de mantenimiento de los signos y síntomas clínicos de esta enfermedad (llamados aquí factores psicológicos de activación). Caso contrario ocurre con aquellos factores psicológicos que minimizan la sintomatología clínica (llamados factores psicológicos de inhibición).

La identificación de los factores psicológicos que actúan como activadores o inhibidores de los síntomas clínicos de la fibromialgia, trae grandes ventajas para el paciente, su familia, y para los profesionales de la salud interesados en esta entidad. Para el psicólogo de la salud reviste especial inte-

rés en consideración a que puede fortalecer la orientación de su plan de evaluación y de tratamiento, dirigido a estos factores específicos. Además, el conocimiento de estos factores contribuye con la planeación de estrategias y programas de prevención y promoción de la salud, desde una perspectiva transdisciplinaria.

Desde un punto de vista práctico, el tratamiento de la fibromialgia debe tener un enfoque multifactorial. Es imprescindible establecer una buena relación transferencial con el paciente sin emplear términos como que "no tiene nada" o que "todos son nervios", los cuales únicamente consiguen reacciones hostiles o de desconfianza por parte del enfermo hacia el médico. El paciente se siente enfermo y su dolor es una vivencia real. De ahí la importancia de explorar y conocer su ámbito afectivo y emocional.

Klippel (1998) ha analizado diferentes variables psicológicas que podrían estar relacionadas con la fibromialgia. Entre estas se encuentran: a) el medio ambiente y la influencia de la modificación de éste sobre la naturaleza de la tarea; en este sentido, los factores limitantes son a menudo externos, incluyen limitaciones financieras, circunstancias sociales, barreras arquitectónicas y las actitudes de otras personas. Algunas de estas difícilmente se pueden cambiar y pueden requerir para su cuidado esfuerzos coordinados de varios profesionales de la salud; b) factores biopsicosociales, como la depresión, cuyo impacto y síntomas no son claramente diagnosticables, aunque pueden contener una alta relación con los síntomas de dolor; c) comportamiento del paciente y características de personalidad. El funcionamiento global del dolor y la fatiga; sueño y la actividad paralela a la enfermedad,

parecen estar influenciadas por características de personalidad y comportamiento; por esto, se hace necesario la intervención psicoeducacional (individual o grupal), ya que provee al paciente educación y soporte, enseña habilidades para el tratamiento y manejo del dolor; d) estatus psicosocial. Una parte integral del examen en estos pacientes es el interés del estado de la mente. Dentro de las ramas de la medicina la interacción mente-cuerpo juega un papel muy importante.

La fibromialgia ha sido considerada como una enfermedad psiquiátrica o por lo menos de manifestaciones psicógenas anormales. Los pacientes parecen estar bien y no muestran síntomas crónicos en exámenes físicos, de laboratorio o radiológicos; además, sí son muy notables los reportes de depresión, ansiedad y los altos niveles de estrés. De este modo, "la fibromialgia frecuentemente se ha considerado como la máscara de la depresión o de desórdenes somáticos, denominándosele Reumatismo Psicógeno" (James y Harrison, 1989).

Una vez consolidada la información relacionada con el tema central de esta investigación, se planteó el siguiente problema:

¿Cuáles son los factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de pacientes con fibromialgia?

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de pacientes con fibromialgia atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital Militar Central.

Objetivos Específicos

1. Construir y validar un instrumento que permita identificar los factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de pacientes con fibromialgia.

2. Evaluar el nivel de desagradabilidad percibida de situaciones cotidianas y su asociación con la activación/inhibición de la sintomatología de la fibromialgia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables Psicológicas

1. Factores asociados a la activación. La activación se entiende como el incremento de la probabilidad de ocurrencia de los síntomas clínicos de la fibromialgia. Se consideran las siguientes variables psicológicas:

- *Depresión*. Se entiende como un trastorno afectivo caracterizado por un estado de ánimo deprimido, se acompaña de apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, pueden presentarse características endogenomórficas (por ejemplo insomnio, anorexia e ideación suicida). A menudo manifiestan ansiedad y síntomas orgánicos variados (Toro y Yepes, 1986).

- *Ansiedad*. Se entiende como una situación que amenaza en ocasiones la existencia como expresión de la angustia interior ante algo concreto o desconocido, una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria es decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo (Sandin, 1995).

- *Estrés*. Se entiende como la relación entre eventos o situaciones del medio externo o interno (estresores) y la relación de

activación que se produce en la persona como respuesta a dichos eventos. En este sentido el estrés es un proceso necesario y propio de la adaptación del organismo al medio (Florez, 1994).

2. Factores asociados a la inhibición. La inhibición se entiende como una relación en la cual se disminuye la probabilidad de ocurrencia de los síntomas clínicos de la fibromialgia. Se tuvieron en cuenta los siguientes factores psicológicos:

- *Apoyo social*. Se entiende como la existencia de una red de colaboración, proporcionado por un círculo social cercano, tal como familiares y amigos (Minsalud, 1994).

- *Autocuidado*. Se entiende como la emisión de las conductas que favorecen la salud positiva y erradicar aquellas conductas insanas que se han relacionado claramente con la enfermedad (Salleras, 1990).

3. Nivel de desagradabilidad de situaciones cotidianas. Se entiende como la percepción que un individuo presenta ante una situación en términos de agrado o desagrado. Esta percepción será medida a través del instrumento (Identificación de factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de la fibromialgia), donde se le pide al paciente que evalúe su percepción en una escala de 0 a 4 de acuerdo con la agradabilidad o desagradabilidad ante una situación determinada.

Variables Clínicas

Sintomatología clínica. Son las manifestaciones subjetivas que presenta un individuo como indicadores de enfermedad. Todas se midieron a través del instrumento Identificación de factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de la fibromialgia,

donde se le pide al paciente que evalúe cada síntoma según se menciona en una escala de 0 a 4 de acuerdo con la ausencia, presencia, aumento o disminución del mismo ante una situación determinada. Se consideran:

- *Dolor muscular generalizado*. Síntoma que se manifiesta por una sensación física desagradable y localizada, provocada por múltiples estímulos que, conducidos por las vías nerviosas específicas, llegan a la corteza cerebral, donde se hace consciente tal sensación (Diccionario de las ciencias Médicas Dorland, 1996).

- *Dolor de cabeza - Cefalea*. Puede deberse a múltiples causas. Algunos tipos son: cefalea funcional, migrañosa, orgánica, sinusal y cefalea de tensión; esta última es la que se presenta en la fibromialgia definida como: dolor occipital resultado de una sobrecarga o tensión emocional que impide la relajación y el descanso (Diccionario de medicina Mosby, 1995).

- *Disturbio del sueño*. Caracterizado por un despertar sin reponer fuerzas, lo cual ocasiona baja concentración y falta de memoria, así como afecto escaso e irritabilidad (Doherty, 1995).

- *Fatiga-cansancio*. Estado caracterizado por malestar y cansancio producido por el esfuerzo prolongado (Diccionario de las ciencias Médicas Dorland, 1996).

- *Rigidez muscular*. Es la resistencia a la movilidad pasiva o activa (Diccionario de las ciencias Médicas Dorland, 1996).

MÉTODO

Diseño

El diseño utilizado fue descriptivo - correlacional, en consideración a que se

pretende medir de manera independiente los conceptos o variables que se estudian, aunque se pueden asociar las mediciones de unas variables para conocer su co-variación. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis dentro de una investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Muestra

Constituida por 60 pacientes mujeres, entre los 30 y 60 años de edad, con diagnóstico de fibromialgia, de nivel socio-económico medio y escolaridad de primaria completa, usuarios y beneficiarios del sistema de salud de las FF.MM, seleccionadas a través de un método no aleatorizado.

La población corresponde al número estimado de casos atendidos en la consulta de reumatología del Hospital Militar Central en el año 1988, (aproximadamente N= 1500) y sobre este dato se calculó el tamaño de la muestra, considerando la prevalencia de la fibromialgia en el ámbito nacional y el error de muestreo 0,05.

Instrumento

Para responder al problema de investigación, se elaboró una encuesta titulada "Identificación de factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de la fibromialgia", compuesto por 39 ítems a través del cual se pretende comprender la percepción subjetiva de los síntomas de los pacientes con fibromialgia en diferentes contextos que representan situaciones de estrés, ansiedad, depresión (como factores activadores) y apoyo social y conductas de autocuidado (factores inhibidores).

La estructura general del instrumento se basó en 5 áreas que identifican los factores psicológicos antes mencionados en forma de situaciones. (Veáse anexo).

La encuesta recopiló la valoración que realizó el paciente con diagnóstico de fibromialgia para cada síntoma bajo cada una de las situaciones representativas de los factores activadores o inhibidores; el paciente escogió entre las opciones que se le presentaron la que más represente lo que él puede sentir en un ambiente dado; la calificación se hizo en una escala Liker. Se registró el nivel de agrado o desagrado de la situación en una escala Liker dentro del instrumento.

Procedimiento

La investigación se realizó en tres fases. Inicialmente fue necesario diseñar, construir y validar un instrumento que permitiera cumplir con los objetivos del estudio, para ello se realizó una entrevista semiestructurada a un grupo de 15 pacientes con fibromialgia; los datos obtenidos y la revisión bibliográfica sirvieron como base para la elaboración de las situaciones que representan cada factor psicológico (depresión, estrés, ansiedad, apoyo social y autocuidado). La validación del instrumento se realizó a través de 6 jueces, donde se evaluó cada ítem en los aspectos de pertinencia, coherencia, relevancia, sintaxis y semántica, de acuerdo con los resultados de este análisis, se tomaron los ítems que fueron aprobados por el 66% de los jueces es decir 4 de ellos, al igual que sus respectivas sugerencias. Como criterio para desaprobación del ítem se tomó en cuenta igualmente que fueran 4 jueces quienes lo desaprobaran, de esta forma el instrumento resultante de la validación por jueces finalmente contó con 39 ítems de los 42 iniciales. Se realizó la prueba pilo-

to a 15 pacientes con fibromialgia diferentes a los que participaron en la entrevista semiestructurada; los resultados nos dieron la base para hallar la consistencia interna del instrumento a través del alfa de Crombach.

En la segunda fase se procedió a la aplicación del instrumento a 60 pacientes usuarios y beneficiarios del sistema de salud de las FF.MM, que cumplieron con los criterios específicos para la inclusión en este estudio. Finalmente, se calificaron los instrumentos, teniendo en cuenta las respuestas dadas para cada situación en cuanto su activación, inhibición y nivel de desagradabilidad continuando con su respectivo análisis de datos.

RESULTADOS

El análisis de las variables socio - demográficas permitió observar que el promedio de edad fue de 50 años. Con relación al estado civil, el 78% de la muestra son casadas, el 15% son viudas y, las solteras y separadas se presentan en porcentajes iguales (3.3%). Frente al nivel de escolaridad, el 45% terminó primaria, el 28% ingresó a educación no-formal, el 16% son bachilleres, el 7% han realizado estudios técnicos y, el 3.3% estudios universitarios.

Al realizar los análisis comparativos, la asociación estuvo marcada principalmente entre los estados civiles soltero y casado, encontrándose correlaciones significativas entre la percepción de desagradabilidad de las situaciones, y los síntomas clínicos (dolor muscular $r=.04$ ($p<.05$), fatiga $r = .04$, disturbio del sueño $r= .02$, y la rigidez muscular $r= .02$), donde las solteras siempre presentan mayor nivel de percepción de síntomas y las casadas menor nivel, en cuanto a las situaciones presentadas.

De acuerdo con la ocupación el 70% se dedican al hogar, el 11.7% son empleadas, el 8.3% son pensionadas y el 10% trabajan independientes. La mayor percepción de desagradabilidad de las situaciones corresponde a pensionadas y a quienes se dedican al hogar. Las pacientes solteras, pensionadas y que se dedican al hogar son quienes perciben mayor desagradabilidad en las situaciones potencialmente activadoras de los síntomas clínicos de la fibromialgia. Sin embargo, el análisis entre la ocupación y la activación sintomática no mostró correlaciones significativas. Entre los factores psicológicos no se encontró ninguna correlación significativa con la ocupación.

Como el instrumento contempla dos áreas generales, el nivel de desagradabilidad de las situaciones potencialmente activadoras o inhibidoras de los síntomas fibromiálgicos, subcategorizadas en dimensiones de depresión, estrés, ansiedad, apoyo social y autocuidado; y el nivel de manifestación del síntoma de acuerdo con el aumento, disminución, presencia o ausencia de los síntomas clínicos de la fibromialgia, las escalas se transformaron a rangos porcentuales que oscilan entre 0% y 100% según el dominio posible de la totalidad del ítem.

Al analizar el nivel de manifestación de los síntomas de dolor, fatiga, disturbio del sueño, dolor de cabeza y rigidez muscular, les corresponde a estos un puntaje medio en el rango porcentual, según su promedio presentan puntajes relativamente equivalentes, y por ello se podría afirmar que el nivel de manifestación de los síntomas es similar.

En cuanto al nivel de desagradabilidad, se encuentra que a los ítems asociados con la depresión les corresponde un valor de 82.07%, seguido por el estrés (80.1%) y

ansiedad (64.6%), lo cual pone en evidencia que estos factores psicológicos influyen en forma desagradable en los pacientes, logrando que sus síntomas aparezcan o se incrementen. Contrario con los porcentajes de los ítems asociados con las áreas de apoyo social (35.8 %) y el autocuidado (34.8 %), donde los puntajes inferiores reflejan que estas dos áreas representan menor desagradabilidad para los pacientes fibromiálgicos y por ende en el nivel de manifestación de los síntomas es menor.

Al analizar la frecuencia de respuesta relacionada con la activación o la inhibición de cada uno de los síntomas clínicos respecto a los factores psicológicos, se observa que los factores psicológicos como ansiedad (89 %), depresión y estrés (87%), presentan porcentajes altos, es decir que una parte considerable de la muestra señala estos factores como activadores, que influyen en el aumento o la aparición del dolor muscular. De la misma forma se observa que estos mismos factores se mantienen altos dentro del porcentaje de respuesta a cada uno de los síntomas de la enfermedad. Es así como el estrés alcanza el 91% de respuesta como factor activador del dolor de cabeza. El porcentaje de respuesta mínimo encontrado en estos factores psicológicos es del 80%.

El apoyo social y el autocuidado son factores que sobresalen por no superar el 25% de respuesta de la muestra como factores activadores. Se observa que este porcentaje es constante dentro de los síntomas, destacándose el apoyo social como el factor psicológico de menor influencia en el aumento o aparición de la sintomatología de la enfermedad en estudio.

Al analizar los síntomas entre sí, se observan correlaciones significativas ($p < 0,01$) entre el nivel de dolor muscular y la

rigidez muscular ($r = 0.85$), así como entre el disturbio del sueño y la rigidez muscular ($r = 0.86$), de igual modo entre el dolor de cabeza y la fatiga, ($r = 0.82$) y entre la fatiga y el disturbio del sueño ($r = 0.79$); esto implica que los pacientes, quienes informan un mayor nivel de dolor muscular igualmente perciben un mayor nivel en el síntoma de rigidez muscular, así como también en el disturbio del sueño, es decir, los pacientes con fibromialgia existe la tendencia a globalizar el malestar general en los síntomas.

De otra parte, existen correlaciones significativas entre el nivel de desagradabilidad y la rigidez muscular ($r = 0.433$, $p < 0.01$), que indica que las pacientes que perciben un nivel de desagradabilidad mayor informan un mayor nivel de rigidez muscular.

Con relación a los niveles de desagradabilidad y los factores psicológicos, las correlaciones más significativas las presenta el estrés. Se buscó la relación entre el nivel de rigidez muscular y las situaciones de estrés encontrándose una asociación significativa ($r = 0.504$, $p < .01$) entre estas variables, indicando que las pacientes informan un mayor nivel de rigidez muscular ante las situaciones de estrés.

La ansiedad muestra una correlación ($r = .352$, $p < .01$) con el nivel de desagradabilidad, pero con relación a la sintomatología no se encuentra una asociación significativa; lo cual hace pensar que la percepción de los síntomas no está asociado con la percepción de ansiedad, y aunque las situaciones que se presentan en el instrumento son percibidas como desagradables, sus síntomas no son afectados de manera considerable como sucede con el estrés.

La depresión muestra correlaciones inversas significativas con el nivel de dolor

muscular ($r = -.30$), con el disturbio del sueño ($r = -.39$) y con la rigidez muscular ($r = -.31$), situación que permite mostrar que el aumento de estos síntomas clínicos no está asociado con la depresión.

Los factores que para este estudio se tomaron como inhibidores, apoyo social y autocuidado, muestran una correlación alta con el nivel de agradabilidad ($r = .604$) y ($r = 0.537$) respectivamente, mostrando correlaciones no significativas con la activación de la sintomatología clínica de la fibromialgia, es decir, no son factores activadores. Se interpretan estos datos de modo que a mayor apoyo social percibido y mayores conductas de autocuidado, los pacientes perciben menor desagradabilidad de los síntomas.

DISCUSIÓN

Esta investigación pretendió identificar y describir los factores psicológicos asociados a la activación y a la inhibición de la sintomatología clínica de la fibromialgia, con la intención de aportar al mejoramiento de la calidad de vida y al manejo de pacientes con fibromialgia especialmente en el campo de la psicología clínica, donde el psicólogo debe encaminar su intervención no solo en la enseñanza de habilidades y técnicas para el control del dolor, como la relajación, sino que debe incluir la intervención en áreas vitales de mayor conflicto para el paciente dadas por las diferencias individuales socioculturales.

En el análisis de las variables sociodemográficas se hallaron algunas correlaciones significativas entre el estado civil y la percepción de desagradabilidad de las situaciones potencialmente activadoras/inhibi-

doras de los síntomas clínicos de la fibromialgia. Las solteras son quienes perciben mayor desagradabilidad y presentan un mayor nivel de los síntomas bajo situaciones activadoras. En cuanto a la ocupación, se encontró que las personas que se encuentran empleadas o realizando alguna actividad fuera de las labores domésticas, presentan menor percepción de desagradabilidad de las situaciones; a pesar de lo anterior la literatura no justifica plenamente este hallazgo.

Los pacientes mostraron un malestar general en cuanto a sus síntomas si son expuestos a situaciones activadoras o, de la misma forma muestran un mejoramiento en ellos bajo situaciones inhibitorias. Se puede decir que la percepción de desagrado está presente en este tipo de pacientes y que al sentirse afectados por alguna causa ambiental o psicológica, los síntomas se afectan en su totalidad, es decir no podemos hablar de que exista una activación sintomática dividida por síntomas, sino que bajo una situación determinada que produzca desagradabilidad a agradabilidad los síntomas de la fibromialgia se afectan globalmente.

En este estudio no se encontraron asociaciones significativas con la depresión y la activación sintomática de la fibromialgia; resultados equivalentes con los hallados en el estudio realizado por Belmonte (1990), donde especifica que es difícil esclarecer una relación causa- efecto en estos casos ya que los pacientes con enfermedades que provocan dolor crónico tienen depresión con mayor frecuencia que sujetos sin dolor, lo cual está con relación con la vivencia negativa de la experiencia dolorosa. Sin embargo, en la última década se han realizado múltiples trabajos dirigidos a investigar específicamente la existencia de trastornos

psicológicos en la fibromialgia. La mayoría de ellos han revelado una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas en esta enfermedad, especialmente depresión actual o pasada y ansiedad, pero también hipocondriasis. Investigaciones como la de Savi (1998), han realizado una medición de la depresión en pacientes con fibromialgia, dando como resultado altas correlaciones. De acuerdo con Klippel (1.998), el impacto de la depresión y sus síntomas no son claramente diagnosticables, aunque pueden contener una alta relación con los síntomas de dolor.

En concordancia con Tevar (1998), cerca de un tercio de los pacientes con fibromialgia presentaron un importante distrés psicológico, incluida la depresión. La existencia de una importante alteración psicopatológica en estos pacientes no significa que la fibromialgia sea secundaria a un trastorno psiquiátrico; esto se confirma por la ausencia de respuesta de los síntomas de la fibromialgia con correctos tratamientos antidepressivos.

De otra parte, en este estudio se encontró que la asociación de la ansiedad como factor activador de los síntomas no es significativo. De acuerdo con Sternbach (1988), citado por Jaime y Colbs (1993), los cuadros de ansiedad se han relacionado con dolor agudo. Aunque se mostraron correlaciones significativas con el nivel de desagradabilidad, no se halló esta correlación con la activación sintomática; lo que sugiere que los pacientes bajo situaciones de ansiedad las califican como desagradables pero ellas no ejercen influencia significativa.

Con el análisis correlacional se encontró que el estrés es un factor psicológico activador de los síntomas clínicos de la fibromialgia, confirmando lo expresado por

Lazarus y Folkman (1986) citados por Flórez (1994), quienes afirman que multitud de factores vitales estresantes pueden conducir a la aparición de la enfermedad, así como al empeoramiento de los síntomas, al mismo tiempo que los períodos de calma pueden provocar la remisión temporal de los síntomas. De este modo, los correlatos psicológicos y físicos del estrés pueden exacerbar los ya presentes síntomas de la enfermedad. Esto significa que el psicólogo clínico debe tener en cuenta este factor al hacer la evaluación del paciente con fibromialgia y la propuesta de intervención ya que de acuerdo con Triana y cols (1991), en su estudio sobre características psicológicas en personas con fibromialgia, el tipo de estrés manejado por estos pacientes es crónico en un 65%, y según Mata (1997), todas las personas sufren de estrés. Sin embargo hay unas que lo enfrentan de una manera adecuada; las que no saben enfrentarlo comienzan a tener diferentes problemas en su organismo, se sienten cansadas, sin ganas de hacer las cosas, duermen mal, les duele la cabeza, sienten dolor en los músculos del cuello, espalda, brazos y piernas, se impacientan por cualquier cosa, tienen dificultad para enfrentar problemas y algunas se vuelven más agresivas con lo cual podríamos afirmar tiene una asociación con la activación de los síntomas de la fibromialgia y se hace necesario enseñar las técnicas adecuadas para el manejo del estrés.

En cuanto a los factores protectores, el apoyo social y el autocuidado, se encontraron asociaciones significativas en el nivel de agradabilidad de las situaciones y esta variable correlacionó con la baja activación sintomática de estos factores, señalándolos como factores inhibidores. Esta situación

deja ver que las personas que sufren de fibromialgia muestran un sentido hacia las conductas de autocuidado y que estas conductas mejoran el estado de los síntomas de la fibromialgia. Para Salleras, (1990), las actitudes y conductas de autocuidado conllevan al fomento y la protección de la salud de un individuo y los síntomas se controlan mucho mejor si el paciente comprende la enfermedad, sigue las prescripciones del médico y adoptan hábitos positivos de conducta. De acuerdo con Mc Keown, (1981) en las enfermedades crónicas, se sabe desde hace tiempo que la colaboración activa del paciente en la asistencia médica que se le presta es un requisito importante para un tratamiento óptimo, e influye de forma marcada en la evolución de la enfermedad y el resultado del tratamiento. También precisan la adquisición de nuevas conductas y de nuevas habilidades para el manejo de la enfermedad. La fibromialgia presenta bastantes molestias físicas para el paciente y por ello existe una motivación intrínseca hacia las conductas de autocuidado, la valoración médica y psicológica debe incluir un paquete de intervención educativa donde se brinde la información y educación al paciente sobre la enfermedad y sobre las medidas de control en las que la participación activa del paciente es fundamental.

El apoyo social fue el factor psicológico que mostró mayor asociación con la disminución o ausencia de los síntomas clínicos de la fibromialgia. De acuerdo con Suárez, (1996), la percepción que el individuo tiene del apoyo social recibido y de sus consecuencias a nivel afectivo, a sí como contar con apoyo social en el presente y futuro da pie a un efecto positivo y a un estado psicológico positivo que se reflejan en salud física y emocional, ya que el apoyo

social favorece la reducción o prevención de las consecuencias negativas del estrés, siendo este el principal factor activador encontrado en esta investigación.

El apoyo social es una variable a tener en cuenta dentro de las valoraciones psicológicas, ya que este factor protector puede llegar a convertirse en un factor activador; es necesario considerar en esta parte la dimensión afectiva del apoyo social e identificar posibles mecanismos que refuercen el mantenimiento de los síntomas tal como lo propone Grzesiak (1980), citado por Jaimes y Colbs. (1993). De acuerdo con el modelo trifactorial del dolor propuesto por Melzack y Casey en 1968, citado por Melzack y Dennis (1978), citado por Jaimes, Molano y González (1993), el individuo puede sentir dolor aun cuando la causa orgánica haya desaparecido o sea leve, si los factores motivacional, afectivo y cognitivo- evaluativo actúan en el sentido de incrementar el dolor. También se puede dar el fenómeno contrario, o sea el caso de que estos dos factores disminuyen el dolor y a pesar de que la causa orgánica sea intensa, el individuo no presenta ni manifiesta una experiencia de dolor equivalente.

Actualmente no se conoce un tratamiento realmente efectivo para la fibromialgia, aunque el uso de amitriptilina asociado en ocasiones a ciclobenzaprina puede ofrecer mejoría del cuadro. Los pacientes con síndrome fibromiálgico deben ser valorados y controlados por un grupo multidisciplinario, coordinado y supervisado por el reumatólogo. Actualmente se están llevando a cabo investigaciones en el campo de la neuroendocrinología, inmunología, cardiología y fisiología del ejercicio.

Desde el punto de vista psicológico, se estima que las buenas relaciones familiares

que permitan la expresión de sentimientos y el apoyo afectivo, al igual que la promoción de conductas de autocuidado en los pacientes con fibromialgia y los programas que brinden información sobre la enfermedad y sus cuidados, son variables que actúan como factores protectores permitiendo que la percepción sintomática se disminuya. La aplicación del método cognitivo comportamental, basado en técnicas de relajación y reducción del estrés, son herramientas que permiten reducir el impacto de los factores activadores y brindar «pautas de convivencia» a los pacientes con fibromialgia. La realización de labores extra domésticas es una forma como, de acuerdo con la presente investigación, la activación sintomática se reduce.

El objetivo primario de la intervención psicológica dentro de un modelo cognoscitivo conductual, es la modificación de la conducta del paciente y el aprendizaje de técnicas para hacer frente a la enfermedad; la terapia debe adaptarse a la severidad de los síntomas de cada paciente, realizarse dentro de un enfoque multidisciplinario y debe incluir: educación, terapia conductual, aumento de la capacidad aeróbica y flexibilidad, tratamiento de los trastornos del sueño asociados, manejo óptimo de los problemas asociados como depresión, ansiedad, colon irritable y otros; el conocimiento del uso muscular y la minimización de la contracción excéntrica del músculo, la inyección de los principales puntos sensibles con procaina al 1% seguida de estiramientos miofaciales y la colaboración de familiares y amigos para la realización de maniobras de estiramiento muscular.

El mayor problema de este tipo de tratamientos es la relación costo- beneficio; los costos son mucho mayores con la terapia

cognitiva que con un programa únicamente educacional.

De igual forma se debe continuar la investigación acerca de los factores psíquicos que pueden influenciar la etiología o la aparición de la fibromialgia, ya que si bien dentro de la literatura no se ha encontrado una causa orgánica conocida, tampoco se descarta la influencia psicológica. La fibromialgia es un síndrome en el que un subgrupo de pacientes (30-35%) de acuerdo con Tevar (1998), tienen problemas psicológicos importantes, y está claro que la fibromialgia no es un trastorno psiquiátrico y que los factores psicológicos no son necesarios para el desarrollo de la enfermedad. No obstante, estos trastornos psicológicos influyen de forma importante sobre la sintomatología de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Belmonte, M. (1990). Dolor Musculoesquelético Generalizado no articular, fibromialgia y síndromes a fines. España: Unidad de Reumatología, Hospital General Castellón.
- Chavez, F. (1997). Fibromialgia. www.oem.ucdavis.edu/www/facl.
- Diccionario de Medicina (1995). MOSBY. Barcelona: Océano grupo editorial S.A.
- Doherty, M. (1995). «Síndrome de Fibromialgia» *British Medical Journal*. Vol. 310.
- Dorland. (1996). Diccionario de las ciencias médicas. España: Martínez Roca.
- Flórez, L. (1994). Psicología de la salud. *Revista Psicología de la salud*. Vol 3.
- Jaimes, J.; Molano, L.; González, E. (1993). Análisis multidimensional de las características psicosociales del paciente con dolor lumbar crónico. *Revista Psicología de la Salud en Colombia*. Vol. 2, 1993, p.109-124.
- Jaimes, J.; Orjuela, L. (1996). Relación entre el nivel de estrés, estilo de afrontamiento y la emisión de conductas promotoras de salud con el nivel de severidad de la psoriasis. Tesis Universidad Católica de Colombia. Bogotá.
- Klippel, J.; Diepper, P. (1998). *Rheumatology*. London: Ed. Mosby II.
- Mata, F. (1997). Salud para todos. Ministerio de salud. Asociación demográfica costacense, artículo No. 9.
- McKeown, T. (1981). Introducción a la medicina social. España: Siglo XXI Editores S.A.
- Minsalud (1994). Salud Mental. Bogotá Ed. Carrera séptima Ltda.
- Salleras, L. (1990). Educación Sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Sandin, B. (1995). Manual de psicopatología. México: Ed. Mc Graw-Hill.
- Savi, G.; Amit, A. (1998). Fibromialgia y depresión: Evolución de la fibromialgia en pacientes deprimidos y no deprimidos. www.chasque.ape.org
- Suárez, G. (1996). Relación entre los niveles de estrés y depresión, apoyo social, estilos de afrontamiento y niveles de funcionalidad en pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Tesis Universidad Católica de Colombia. Bogotá.
- Tevar, J. (1998). Fibromialgia, Guía de información: Aspectos socioeconómicos. Lire. España.
- Toro, R.; Yepes, L. (1986). Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas CIB.
- Triana, M. (1991). Características psicológicas en personas con fibromialgia. Investigación, Hospital Militar Central. Bogotá.

ANEXO

**INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR FACTORES PSICOLÓGICOS
ASOCIADOS CON LA ACTIVACIÓN Y A LA INHIBICIÓN DE LOS
SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA FIBROMIALGÍA**

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrará una serie de eventos que representan situaciones de la vida cotidiana, léalas cuidadosamente y califíquelas en términos de agrado o desagrado según su experiencia. Marque con una X el número correspondiente teniendo en cuenta la siguiente escala:

1. Si usted nunca ha vivido la situación que se le presenta.
2. Si la situación es muy agradable.
3. Si la situación es agradable.
4. Si la situación es desagradable.
5. Si la situación es muy desagradable.

Una vez calificada la situación asigne el valor que más se acerca a lo que usted

1. Si usted nunca ha vivido la situación que se le presenta

2. Si sus síntomas están ausentes y no se presentan en el momento de la situación

3. Si sus síntomas están ausentes y se presenta en el momento de la situación

4. Si sus síntomas están presentes y disminuyen en el momento de la situación

5. Si sus síntomas están presentes y aumentan en el momento de la situación

Recuerde que no existen respuestas BUENAS O MALAS. En el momento de responder el cuestionario usted debe estar acompañado de un profesional en el área, que le indique como responder. Ejemplo:

SITUACIÓN	Califique cómo percibe la situación en términos de agrado o desagrado																								
	SÍNTOMAS																								
	Dolor Muscular					Fatigabilidad (Cansancio)					Disturbio del Sueño					Dolor de Cabeza					Rigidez Muscular				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Siento que en mi hogar el dinero es una preocupación continua				X				X					X					X					X		

siente bajo ese evento para cada uno de los síntomas que aparecen. Señale con una X en las casillas asignadas para cada uno de los síntomas de acuerdo a la siguiente escala.

En la situación presentada como ejemplo, se calificó 3 en términos de agrado o desagrado, lo cual indica que para esta persona la situación es desagradable. Para el síntoma de dolor muscular, la calificación

es 2 es decir, en el momento de la situación este síntoma estaba ausente pero surgió con la situación y se comienza a presentar; para el síntoma de cansancio la calificación es 1, lo cual significa que bajo esta situación este síntoma está ausente y no se presenta; este síntoma continúa así a pesar de haberse presentado la situación. La calificación para el síntoma de dolor de cabeza es 4, nos indica que el

síntoma esta presente y aumenta ante esta situación. Para el síntoma dolor de cabeza, la calificación de 2 muestra que el síntoma está ausente y se presenta en el momento de la situación y en el síntoma de rigidez muscular se puede ver que esta situación no afecta de manera relevante ya que la calificación es de 1, lo que indica que el síntoma esta ausente y no se presenta.

SITUACIÓN	Califique cómo percibe la situación en términos de agrado o desagrado																								
	SÍNTOMAS																								
	Dolor Muscular					Fatigabilidad (Cansancio)					Disturbio del Sueño					Dolor de Cabeza					Rigidez Muscular				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Cuando pienso que la enfermedad me ocasionará incapacidad en el trabajo, actividades o aficiones.																									
2. Cuando estoy en situaciones en las que me encuentro tenso y alterado.																									
3. Cuando he consumido licor.																									
4. Cuando tengo muchas cosas por hacer (labores del hogar, tareas extras).																									
5. Cuando confío mis cosas, hablo francamente y comparto mis sentimientos con una persona allegada.																									
6. Cuando pienso en las cosas de mi vida que me gustaría cambiar y siento que no soy capaz de hacerlo.																									

SITUACIÓN	Califique cómo percibe la situación en términos de agrado o desagrado																								
	SÍNTOMAS																								
	Dolor Muscular					Fatigabilidad (Cansancio)					Disturbio del Sueño					Dolor de Cabeza					Rigidez Muscular				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. Cuando pienso que una persona allegada a mí puede sufrir un accidente grave.																									
30. Cuando pienso en mi enfermedad y me siento inferior en comparación a otras personas.																									
31. Cuando me preocupo por incluir en mi comida alimentos como granos, frutas y verduras.																									
32. Cuando me preocupo por algún posible contratiempo.																									
33. Cuando estoy en reuniones sociales, visitas, paseos y comparto con otras personas.																									
34. Cuando tomo momentos de descanso durante la jornada diaria.																									
35. Cuando me doy cuenta de que me cuesta realizar las cosas que debo hacer.																									
36. Cuando siento que las dificultades se amontonan y creo no poder superarlas.																									
37. Cuando pienso que salir a la calle es demasiado ruidoso o peligroso.																									

