

Autor: [Rosa Vera García](#)

## FRIBROMIALGIA

*Porque el ser humano es una persona que piensa, actúa y siente, no es solo un cuerpo físico. Funciona de una forma compleja donde intervienen todos los aspectos que rodean a la persona como la familia, el trabajo, los amigos, el ambiente, la situación física, el estado de ánimo y los pensamientos.*

*No se puede entender y ayudar a una persona enferma entendiendo únicamente su dolor, hay que entender ese complejo mundo de relaciones para intentar mejorar su padecimiento y su calidad de vida.*

| <b><u>INDICE</u></b>  | <b><u>Pág.</u></b> |
|---|--------------------|
| <b>1. Breve introducción a la Psicología de la Salud</b>                | <b>3</b>           |
| <b>2. Introducción a la Fibromialgia</b>                                | <b>5</b>           |
| <b>3. Descripción de la enfermedad Modelo Biomédico</b>                 | <b>7</b>           |
| <b>3.1. Epidemiología</b>   | <b>7</b>           |
| <b>3.2. Etiología</b>   | <b>7</b>           |
| <b>3.3. Características Clínicas: Síntomas y señales</b>                | <b>8</b>           |
| Dolor   | <b>9</b>           |
| Fatiga y alteraciones del sueño   | <b>9</b>           |
| Síntomas del sistema nervioso   | <b>10</b>          |
| Otros problemas   | <b>11</b>          |
| <b>4. Diagnóstico</b>   | <b>13</b>          |
| <b>5. Descripción de la enfermedad Modelo Biopsicosocial</b>            | <b>14</b>          |
| <b>6. Tratamiento de la Fibromialgia</b>                                | <b>16</b>          |
| <b>7. Un testimonio: el caso de Sandra Kauffmann</b>                    | <b>19</b>          |
| <b>8. Conductas (Riesgo y Salud) y consecuencias sobre la FM</b>        | <b>21</b>          |
| <b>9. Cómo llegar a una conducta de Salud en la FM</b>                  | <b>24</b>          |
| <b>10. Campaña para disminuir conductas de riesgo. Modelo Prochaska</b> | <b>26</b>          |
| <b>11. Bibliografía</b>   | <b>29</b>          |

## 1. Breve introducción a la Psicología de la Salud

Diferentes autores coinciden en señalar que el término y la denominación de "Psicología de la Salud" como actividad singular, surge en el seno de la American Psychological Association (APA) como producto de una serie de sucesos.

Fue en 1969, cuando William Schofield publicó un artículo en la revista *American Psychologist* que precipitó el surgimiento organizado de lo se vendría a llamar Psicología de la salud. En ese artículo el autor subraya la presencia "anémica" de la psicología en el campo de los servicios de salud, "en número y tecnología" frente al de otros profesionales sanitarios. Pero también se indicaba las posibilidades de que esa presencia llegara a ser "robusta", y señalaba que esa dependía en muy buena parte de las decisiones y de los intereses de los propios psicólogos. A consecuencia de la publicación de este trabajo, la American Psychological Association organizó en 1973 un grupo de trabajo sobre investigación en salud, que fue coordinada por el propio Schofield.

Las conclusiones a las que llegó el grupo luego del análisis de los *Psychological Abstracts* entre los años 1966 y 1973, fueron: *"hasta el presente, los psicólogos americanos no se han sentido muy atraídos por los problemas de la salud y la enfermedad como áreas fecundas para la actividad investigadora tanto básica como aplicada; estos psicólogos no han percibido los beneficios que entraña para su trabajo a la hora de conseguir mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados"*.

En verano de 1978, y tras una serie de reuniones coordinadas fundamentalmente por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y Gorge C. Stone, los miembros de la Sección, del Network y otros, elevaron una petición para alcanzar el estatus de División en la reunión que la APA celebró ese año en Toronto, aprobándose entonces la constitución de la División de Psicología de la Salud (División 38), cuyos objetivos fundamentales son los siguientes:

- Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica;
- Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual;
- Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
- Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En septiembre de 1979, Joseph Matarazzo se encarga de pronunciar el discurso presidencial de la División de la Psicología de la Salud en la reunión de la Asociación Americana de Psicología celebrada en Nueva York. Y, es a partir de entonces cuando el número de psicólogos que aparecen dedicados a la aplicación de la psicología al campo de la salud/enfermedades físicas comienza a aumentar progresivamente.

**Vértices Psicólogos** – [www.verticespsicologos.com](http://www.verticespsicologos.com)

Avenida Lazarejo, 106 – 28232 Las Rozas de Madrid

Teléfonos: 91 631 44 93 - 690 75 85 35 - Email: [info@verticespsicologos.com](mailto:info@verticespsicologos.com)

© Todos los derechos reservados

Así, cada día más, los psicólogos de la salud son requeridos por los servicios sanitarios. El mayor número de psicólogos ha sido en los centros médicos, en los que los psicólogos han llegado a convertirse en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, odontología, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) definió a la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Como podemos apreciar, esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad.

El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como, por ejemplo, una dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol, etc...

Los pensamientos, sentimientos y estilo de vida son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, en lo que podríamos denominar integración de mente y cuerpo.

Por ello, ha resultado aceptado, de forma general, que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como *"el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas"*.

Esta definición acabó por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias.

Y, en la actualidad, podemos concluir que uno de los objetivos claros de la Psicología de la Salud es el análisis de la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, el modo en el que éste contribuye a la calidad de vida de las personas y cómo éstas responden cuando están enfermas.

Otro objetivo será la promoción de conductas que contribuyan a la salud y calidad de vida de las personas. Diversos investigadores han desarrollado modelos y teorías explicativos acerca de las motivaciones y determinantes de las conductas de salud, su predicción, el cambio y modificación de una conducta de riesgo a una de salud, etc... No es un objetivo sencillo, puesto que no es fácil predecir las conductas de



salud ni es tampoco es sencillo modificarlas de una forma estable en el tiempo, a pesar de la importancia de sus consecuencias para la vida de las personas.

## 2. Introducción a la Fibromialgia

El nombre de fibromialgia se deriva de «fibro», o tejidos fibrosos (tales como tendones y ligamentos), «mios», o músculos, y «algia», que significa dolor. Aunque se llamó fibrositosis por muchos años, ahora el nombre preferido es fibromialgia.

A pesar del reconocimiento oficial reciente, la Fibromialgia considerando como tal una situación patológica caracterizada por dolores difusos, con puntos selectivos "diana" de dolor, ya fue descrita por Gowers en 1904, aunque con el término de Fibrositis. Se trata de un trastorno relativamente reciente, aunque a finales de los años treinta aparecieron dos conceptos relacionados con la fibromialgia: **el síndrome doloroso miofascial y el reumatismo psicógeno**.

El primer término acuñado por Travell y Simons se caracteriza por la presencia de dolor en uno o más grupos musculares, definiendo los **trigger point o puntos gatillo** como aquella zona del músculo cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio o a distancia.

Boland introduce el concepto reumatismo psicógeno o tensional, basado en la ausencia de hallazgos demostrables que justifiquen la sintomatología, por lo que se atribuyó a una psiconeurosis. Todo ello ha estimulado la especulación sobre su patogenia, persistiendo aún en nuestros días.

La presencia de hallazgos radiológicos, analíticos y anatomopatológicos que resultan poco esclarecedores en el diagnóstico de la FM y su implicación en la esfera afectiva, hacen de ella una entidad compleja en cuanto a su clasificación, por ejemplo, dentro de los denominados síndromes somáticos funcionales ya que estos, en ocasiones, se superponen a los trastornos somatomorfos. La alta incidencia de síntomas psiquiátricos, especialmente afectivos, y la posible utilidad de los antidepresivos en su manejo terapéutico, hace considerar en estos pacientes un papel relevante, ya sea primario o secundario a los factores psicopatológicos.

No obstante, el hecho de que, en 1990, el **American College of Rheumatology** estableciera unos criterios de muy alta sensibilidad y especificidad para la clasificación de la FM, ha sido determinante para su aceptación y asentamiento de forma general.

La fibromialgia (conocido por las siglas «FM») es una **forma de dolor musculoesquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular**. Es una condición crónica y compleja que se caracteriza por la combinación de varios síntomas y principalmente por la **presencia subjetiva de dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina y trastorno del sueño junto con la reproductibilidad a la presión de múltiples puntos dolorosos**.

Como lo sugiere su nombre, la fibromialgia principalmente afecta los tejidos blandos del cuerpo. A diferencia de la artritis, la fibromialgia no ocasiona dolor o hinchazón de las articulaciones; más bien, produce dolor en los tejidos blandos alrededor de las articulaciones y en todo el cuerpo. El dolor ocasionado por la fibromialgia por lo

general consiste en dolor o ardor generalizados. En numerosas ocasiones, se describe como un dolor de pies a cabeza.

Puesto que la fibromialgia produce pocos síntomas que se pueden percibir abiertamente, ha llegado a apodarse como la «invalidez invisible».

Existen diferentes tipos de clasificación al respecto de la Fibromialgia. Puede ser clasificada como **regional, primaria y secundaria**.

**La FM regional**, también denominada FM localizada o más frecuentemente síndrome miofascial: el dolor está circunscrito a una zona anatómica y por tanto limitado a puntos contiguos.

**La FM primaria** se caracteriza por dolor difuso y puntos dolorosos a la presión en múltiples localizaciones en ausencia de una condición concomitante o subyacente que pudiera explicar los signos y síntomas músculo-esqueléticos del paciente.

**La FM secundaria** está ocasionada por una enfermedad definida como puede ser la artritis reumatoide activa o el hipotiroidismo, cuyo tratamiento lleva consigo la mejoría del proceso fibromiálgico.

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

La fibromialgia es una entidad de etiología idiopática-desconocida, que se estima afecta al 2-4% de la población, con prevalencia femenina, significativamente mayoritaria, ya que entre el 85% y el 94% de los casos se dan en mujeres. En los últimos años también se han sido descrito formas en niños, en los que se ha asociado con la presencia de hiperlaxitud articular.

Su severidad varía de día en día, y puede cambiar de lugar, llegando a ser más severo en aquellas partes del cuerpo que se usan más, como es el caso del cuello, los hombros y los pies). En algunas personas, el dolor puede ser lo suficientemente intenso para interferir con las tareas diarias y ordinarias, mientras que en otras, sólo les ocasiona un malestar leve. También, el agotamiento producido por la fibromialgia varía de persona a persona. Va desde una sensación de un ligero cansancio, hasta el agotamiento de una enfermedad como la gripe. Afortunadamente, la FM no es una condición que incapacite o que afecte la longevidad.

Finalmente, es una enfermedad mal conocida y peor entendida. Suele solaparse con alteraciones de tipo nervioso, de ansiedad o depresión, con las que puede coexistir y esto transmite a la sociedad y a la familia un mensaje de banalidad y escasa entidad. Se entiende que es un proceso “cosa de mujeres”.

### 3. Descripción de la enfermedad Modelo Biomédico

Según este modelo, la salud es definida como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo y, por consiguiente las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente.

#### 3.1. Epidemiología

Se calcula que en España existen unas 800.000 personas en la población adulta que padecen este síndrome, lo que significa que afecta al 1-3% de la población mayor de 18 años.

Su prevalencia es del 2-6% en la consulta de medicina general y en la consulta de reumatología según distintos autores, es del 3,7-20%, 6,7 con una incidencia del 3,9% en mujeres entre 20-40 años y 5,8% entre 40-60 años 4,6. En 1985, Yunus y Masi son los primeros que describen la fibromialgia juvenil en 33 pacientes de edades comprendidas entre 9 y 17 años, cuya franja de edad más frecuente se encuentra entre los 13 y 15 años.

Con relación a su incidencia entre hombres/mujeres, como se ha adelantado en la introducción, en estos pacientes se aprecia que entre un 80 y 95% son mujeres y la edad más frecuente esta comprendida entre los 30 y 50 años. Sin embargo y, aunque sea más común en mujeres adultas, la fibromialgia también puede afectar a niños, a ancianos y a hombres.

Si en el adulto la FM es una entidad debatida, en el niño es la gran desconocida, tanto por los pediatras como por los reumatólogos pediátricos, lo que supone, en la mayoría de los casos, múltiples visitas médicas a distintos especialistas desde el neuropediatra, traumatólogo, gastroenterólogo hasta urgencias hospitalarias.

Es causa de absentismo escolar, tanto por el cansancio como por la sensación de enfermedad que el niño presenta, y a ello hay que añadir la dificultad en la valoración del dolor subjetivo por parte del niño y la angustia expresada por los padres por la falta de información en el diagnóstico de la enfermedad presentada en su hijo.

#### 3.2. Etiología

La etiología de la enfermedad es causa de debate en estos últimos años, ya que no se conoce un factor etiológico de la enfermedad.

Los investigadores especulan que hay muchos factores diversos que, por sí solos o en combinación con otros, pueden causar fibromialgia.

Por ejemplo, factores tales como una enfermedad infecciosa, trauma físico o emocional, o cambios hormonales, pueden contribuir al dolor generalizado, fatiga y trastornos del sueño que caracterizan a esta dolencia. (Ver Tabla I).

TABLA I. Factores causantes de la fibromialgia

- Enfermedades infecciosas
- VIRUS
  - Epstein-Barr
  - Parvovirus
- LYME
- VIH
- Traumatismo físico
- Estrés emocional
- Cambios medicamentosos



En lo que se refiere a los pacientes, más del 50% de ellos refieren algún suceso concreto al comienzo de los síntomas.

La enfermedad viral suele ser la más frecuente, aunque también se comunican traumatismos físicos, alteraciones emocionales y cambios en la medicación como la supresión de esteroides.

Entre las infecciones descritas como causa desencadenante, la infección vírica ocupa un lugar importante (55%), destacando principalmente el virus de Epstein-Barr, el parvovirus, al igual que la asociación con el herpes virus-6 y el Coxackie B12. Buskila y cols. aportan una serie donde el 29% de los pacientes con inmunodeficiencia (VIH) presentan fibromialgia. En una serie de 100 pacientes afectados de enfermedad de Lyme, 25 asocian fibromialgia. Este modelo vírico de la fibromialgia que fue aceptado durante años, aunque actualmente parece superado y no se cree que exista una relación directa entre infección y FBM, sino más bien que la ansiedad y la preocupación por la enfermedad infecciosa, motivarían inactividad, trastornos del sueño, y dolor muscular.

Los últimos avances en genética apuntaron a alteraciones génicas, de forma que se demostró estadísticamente que existe una predisposición genética, no a la fibromialgia, sino predisposición a desarrollarla mostrando los estudios de familia cierta agregación familiar. No significa esto que sea hereditaria, sino que existiría cierta predisposición. Según este modelo genético, sobre el terreno fértil que supone el individuo predispuesto, podría actuar un agente disparador, como un traumatismo (habitualmente a nivel del cuello), o una infección.

Se considera también que puede haber diversos tipos de traumatismos emocionales que actuarían de agente disparador de la fibromialgia.

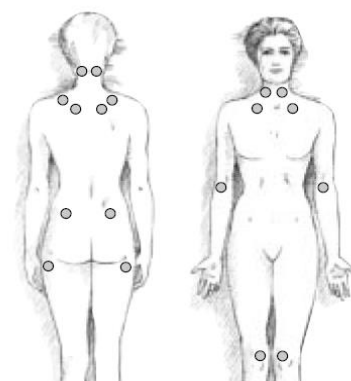
Varios estudios sugieren alteraciones en la bioquímica del músculo, algunas personas con fibromialgia presentan niveles anómalos de varias de las sustancias químicas involucradas en la transmisión y amplificación de la sensación de dolor, tanto hacia el cerebro como desde éste. Se desconoce si tales anomalías son la causa o el resultado de la fibromialgia.

En cualquier caso, la mayoría de autores y modelos no han hallado evidencias de que la fibromialgia sea una forma de comienzo de otra enfermedad.

### 3.3. Características Clínicas: Síntomas y señales

El eje central de la fibromialgia es el dolor. Muchos seres humanos sienten con cierta frecuencia dolores o malestar general.

Figura nº 1



En la mayoría de los casos la escasa relevancia de la percepción, hace que sobrelleven su situación o recurran a la automedicación, y sólo una minoría acude a la atención médica. De entre estas personas, el dolor musculoesquelético, es generalizado en un número más limitado de casos. Si a este grupo, se les presiona en los puntos hipersensibles (concepto ampliado más adelante), muchos individuos tendrán dolor en un punto, algunos menos en dos, aún menos en tres y así sucesivamente. Al acordar que sean once los puntos a valorar, no se ha hecho sino establecer un dintel. Se ha seleccionado de forma artificial a las personas más sensibles al dolor a la presión. El hecho llamativo, es que personas que han sido seleccionadas por su nivel de dolor musculoesquelético, con frecuencia comparten rasgos ajenos al mismo (depresión, ansiedad, cansancio, colon irritable...), lo que sugiere un nexo de unión.

De este modo, el dolor, el cansancio y la incapacidad son mayores a medida que aumenta el número de puntos dolorosos a la presión.

Se cree que en la FM los mecanismos del dolor tienen un funcionamiento anormal, lo que permite la mayor percepción de dolor. Bastará una pequeña sobrecarga de una articulación o de una parte del cuerpo, para notar sensaciones dolorosas.

## Dolor

El dolor muscular general constituye el síntoma más destacado de la fibromialgia. Suele, de manera genérica, ocurrir en todo el cuerpo, aunque comience en una región localizada del mismo, tal como el cuello y los hombros, y extenderse a otras áreas al cabo de cierto tiempo.

El dolor producido por la fibromialgia ha sido descrito de diversas formas: ardentía, punzada, rigidez y sensibilidad.

Suele ser frecuente que varíe según la hora del día, el nivel de actividad física, el clima, los patrones de sueño y la fatiga nerviosa.

La mayoría de las personas con fibromialgia dice que siempre sienten algo de dolor. Estas personas sienten el dolor principalmente en los músculos. Y, para algunas personas, el dolor puede ser bastante severo.

**TABLA 1**  
Síntomas clínicos fundamentales de la fibromialgia

1. Dolor (100%).
2. Rigidez (76-84%) matutina o postreposo.
3. Alteraciones del sueño (56-72%).
4. Fatiga (57-92%).
5. Parestesias (puede ser el inicio).

## Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

