

LA FIBROMIALGIA: ¿UN SÍNDROME SOMÁTICO FUNCIONAL O UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HISTERIA?

ANÁLISIS CUALI-CUANTITATIVO

María Isabel Barrera Villalpando*, José Francisco Cortés Sotres*, Humberto Guerrero Manning*, Ariadna Aguirre González*

SUMMARY

During the decade of 1880, Paul Briquet made a well detailed description of a syndrome named after him, characterized by a series of unexplainable medical symptoms that appeared in a hideous way, with clinical curse and without the paroxysmal seizures mentioned by Charcot in his description of hysteria. Nevertheless, all the patients that showed these symptoms were diagnosed as hysteric. Nowadays, the clinical scenery is substituting the term of hysteria in favour of its components and giving it different names such as dissociative disorder, conversive disorder, and disorder caused by somatic symptoms of somatoform. Other terms such as “functional somatic syndrome” or “medically unexplainable symptoms” have been added to the list. In spite of these denominations no explanation has been given to the etiology of hysteria.

Each medical specialty has to contend with some functional somatic syndrome: gastroenterology presents irritable colon; cardiology, precordial pain; neurology, tensional cephalalgia; stomatology presents tempomandibular dysfunction, and gynecology, chronic pelvic pain. Lumbar pain is present in orthopedics, chronic fatigue in cases of infectiousness, and finally, in rheumatology, there is fibromyalgia. In spite of their differences, these symptoms have some likenesses: they are associated to depression and anxiety, and have a high co-morbidity with personality disorders; patients show major emotional distress, they share stories of either psychological, physical or sexual abuse during childhood, and suffer from some type of chronic pain. Although having visited several specialists in their search for explanations and treatment, results have been poor and patients have been labelled, in a pejorative way, as hysteric or hypochondriac. When diagnosed with any of these syndromes, patients' stress is reduced while having to face the invisible, uncontrollable and unpredictable fact implied by suffering from the symptoms that are typical. In particular, fibromyalgia assembles all the characteristics mentioned above. Turk and Cathébras proposed that establishment and exacerbation of the main symptoms of fibromyalgia (pain and fatigue) still constitute and model of respondent conditioning and that repeated exposure to certain

stimulus generalizes learning. Also, they affirm that the same symptoms create later a cycle that perpetuates fibromyalgia. Once that symptom have been installed and strengthened, patients avoid all kind of activities, they get involved in legal procedures to obtain leave or else, they look for labour prerogatives. Besides, patients with fibromyalgia show the classic behaviour described for hysteria: “belle indifference”, secondary advantages, dramatizing, blaming for their sufferings events which are out of their daily routine, and scarce tolerance. The purpose of this study is to present quantitatively, in patients diagnosed with fibromyalgia, the following agents: symptoms severity, prevalent personality, co-morbidity with personality disorders, and degree of severity of depression and anxiety. Qualitatively, we wish to demonstrate the presence of the cycle that sustains the given symptoms.

Participants: Ten patients with fibromyalgia participated in our study, 9 women and 1 man, diagnosed according to the criteria of the American College of Rheumatology, aged 37.9 ± 8.8 and with a medium time of evolution of 3 (2-23) years. Quantitative variables: Physical status and syndrome's severity were assessed using the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ); for personality, disorders were evaluated with the Revised Personality Diagnose Questionnaire (PDQ-R); depression, with Beck's Inventory, and anxiety with Spielberger's Trait State Inventory. Qualitative theoretical focus: Life experiences narrated by patients in their daily record of events, emotions and thoughts associated with pain, are presented.

Procedure: All patients were evaluated individually at the beginning of a cognitive behavioural intervention. Qualitative data was obtained from daily records kept during at least three weeks or a maximum of 12. Texts were transcribed and the words most mentioned were identified, as well as those scarcely reported, thus propitiating descriptive categories.

Results: The American College of Rheumatology established as one of the diagnose criteria for fibromyalgia, the presence of at least 11 of a total of 18 hypersensitive sites. Patients presented in average 16.3 ± 2.5 painful sites. Incapability was measured by patients in 2.3 ± 2.2 in a scale of 0 to 3 points; they reported to have felt well 1.1 ± 1.2 days per week; they didn't work 1.0 ± 1.1 days per week. The following measures are reported in scale from

* Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F.

Recibido: 3 de octubre de 2005. Aceptado: 15 de noviembre de 2005.

1 to 10 points. Laboural interference was calculated in 7.3 ± 2.3 ; intensity of pain was 8.1 ± 1.4 , day long fatigue, 8.4 ± 1.9 , morning fatigue was 8.5 ± 2.3 . Rigidity was 7.5 ± 3.0 ; anxiety perceived, 7.5 ± 2.6 (FIQ), and anxiety state along 12 weeks was 38.5 ± 10.3 . Anxiety trait during the same period was 50.9 ± 9.7 ; perceived depression, 6.9 ± 3.4 (FIQ), and cognitive depression $14.7 \pm .5$. In the scale of personality it was found that six patients reached punctuations higher than T60 in neuroticism, and two other punctuated below T40 in extroversion. Regarding personality disorders it was found an average for 1.8 ± 1.1 disorders per patient; those more frequent were the following: histrionic (4), borderline (3), passive aggressive (2) and schizoid (2). Qualitative data support the existence of the typical symptoms described for hysteria.

Conclusions: According to the results obtained from the quantitative analysis of this group of patients with fibromyalgia, we can conclude that they suffer from a disorder that generates major incapability accompanied of pain and fatigue. Nevertheless, their personality characteristics show that they have high levels of neuroticism with presence of personality disorders and at the same time important levels of depression and anxiety, predominating in the former, anxiety as a trait. Manifestations described by patients in their daily record of events, emotions and thoughts associated with pain and fatigue, confirm the presence of the classic symptoms that typified the construct of hysteria. These patients are vulnerable to their surroundings, have a story of childhood sufferings, and assumed an adult role from a very early age. Symptoms appear to be the only mechanism which at a given moment in life allowed them to get rid of the responsibilities that burdened them from childhood. Unfortunately, this symptom was associated to their environment, according to the laws of learning. It is concluded that fibromyalgia, as nosologic entity accomplishes the characteristics of hysteria, although as etiology it is established by learning.

Key words: Fibromyalgia, medically unexplained symptoms, hysteria, learning, chronic pain.

RESUMEN

En la década de 1880, Paul Briquet describió con gran detalle un síndrome caracterizado por un cuadro de síntomas médicos inexplicables que aparecían en forma insidiosa, con un curso crónico y sin la presencia de los ataques paroxísticos mencionados por Charcot en su descripción de la histeria. La situación actual de la histeria en el escenario clínico es la sustitución del término a favor de sus componentes: trastorno disociativo, trastorno conversivo y trastorno por somatización o somatoforme. Se han agregado otros términos como “síndrome somático funcional” o “síntomas médicamente inexplicables”. Estos síndromes presentan similitudes: están asociados a la depresión y a la ansiedad, tienen alta comorbilidad con los trastornos de la personalidad, los pacientes presentan gran distrés emocional, comparten historias de abuso psicológico, físico o sexual en la niñez y presentan algún tipo de dolor crónico. Al diagnosticarlos con alguno de estos síndromes los pacientes reducen su estrés ante lo invisible, incontrolable e impredecible que implica padecer la sintomatología característica de estos síndromes. La fibromialgia en particular, reúne todas las características antes mencionadas. Turk y Cathébras proponen que la instalación y exacerbación de los síntomas principales de la fibromialgia (dolor y fatiga) siguen un modelo de condicionamiento

respondiente y que la repetida exposición a ciertos estímulos generaliza el aprendizaje y la misma sintomatología posteriormente genera un ciclo que la perpetúa. Con el síndrome ya instalado y fortalecido, los pacientes evitan la actividad. Además, los pacientes con fibromialgia presentan el comportamiento típico descrito para la histeria: la “belle indifférence”. Este estudio tiene como objetivo presentar cuantitativamente, en pacientes diagnosticados con fibromialgia, la severidad de la sintomatología, la personalidad prevalente, la comorbilidad con los trastornos de la personalidad, y la severidad de la sintomatología depresiva y ansiosa y, cualitativamente, dar evidencia de la presencia del ciclo que mantiene la sintomatología.

Participantes: Participaron 10 pacientes, 9 mujeres, 1 hombre, con fibromialgia según los criterios del Colegio Norteamericano de Reumatología.

Variabes cuantitativas: Estatus físico y severidad del síndrome, personalidad, trastornos de la personalidad, síntomas depresivos y ansiosos.

Foco teórico cualitativo: Se presentan las experiencias de vida narradas por los pacientes.

Procedimiento: Todos los pacientes fueron evaluados, en forma individual, al inicio de una intervención cognitivo conductual. Los datos cualitativos se obtuvieron de un registro diario durante al menos tres semanas con un máximo de 12 semanas. Se empleó estadística descriptiva.

Resultados. Los pacientes presentaron en promedio 16.3 ± 2.5 puntos dolorosos. Los resultados de los instrumentos aplicados indican la severidad de la enfermedad. Los datos cualitativos apoyan la existencia de los síntomas típicos descritos para la histeria.

Conclusión. De los resultados obtenidos del análisis cuantitativo de este grupo de pacientes con fibromialgia, se puede inferir que padecen un trastorno que les genera gran discapacidad, acompañada de dolor y cansancio. Sin embargo, sus características de personalidad dejan ver en ellas altos niveles de neuroticismo, con presencia de trastornos de la personalidad, y conjuntamente niveles importantes de depresión y ansiedad. En el caso de esta última, predomina la ansiedad como rasgo. Las manifestaciones escritas por las pacientes en su registro diario de los sucesos, emociones y pensamientos asociados al dolor y la fatiga confirman la presencia de la sintomatología clásica que caracterizó el constructo de la histeria. Estas pacientes son vulnerables al entorno, con historia de sufrimiento en la niñez y asumieron el rol de adultos desde muy temprana edad. Los síntomas parecen ser el único mecanismo que en algún momento de su vida les permitió liberarse de las responsabilidades que asumieron desde niñas. Desafortunadamente, al parecer este síntoma fue asociado al entorno de acuerdo a las leyes del aprendizaje. Se concluye que la fibromialgia como entidad nosológica cumple con las características de la histeria, pero como etiología se establece por aprendizaje.

Palabras clave: Fibromialgia, síntomas médicamente inexplicables, histeria, aprendizaje, dolor crónico.

ANTECEDENTES

En la década de 1880 Paul Briquet (1796-1881) en el Hôpital de la Charité, analizó en detalle a pacientes internados por sus crisis nerviosas, por su humor caprichoso e impredecible, por sus síntomas vagos, va-

riados e incontrolables. Describió su comportamiento como un síndrome, que ahora lleva su nombre, al que denominó “histeria”. Este se caracterizaba por un cuadro de síntomas médicos inexplicables que aparecían en forma insidiosa, mostraban un curso crónico y no presentaban los ataques paroxísticos descritos por Charcot en su propia descripción de la histeria. Briquet rechazó el papel que podrían desempeñar las frustraciones sexuales e insistió en que existía una histeria masculina aunque menos frecuente (un hombre por cada 20 mujeres). Charcot apartó a la histeria de su sitio dentro de la patología del Sistema Nervioso y rompió la ancestral y bien acreditada conexión de la histeria con el útero -tanto el somático como el metafórico. Una de sus mayores aportaciones fue, sin duda, el establecimiento de la histeria masculina como una categoría nosológica de pleno derecho (23).

“Es necesario que se sepa: la histeria es una enfermedad psíquica de modo absoluto”, llegó a exclamar el fundador de la neurología, Charcot. A su muerte, en 1893, se descubren y se pregonan los errores del maestro que antes no se veían o no se atrevieron a mencionar. Se creó una verdadera conjura del silencio y se clausuraban en Francia los trabajos sobre la histeria y el hipnotismo. Esto se prolongó por 50 años. Pierre Janet sería el único discípulo francés cuya contribución enriquecería el tema de la histeria. A pesar de todos sus errores, la concepción charcotiana de la histeria dio luz al psicoanálisis. En 1893 Breuer y Freud, en su artículo titulado “Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos”, discuten la analogía patogénica de la histeria ordinaria con la neurosis traumática: si los traumas son patógenos, es porque el enfermo no ha podido liberarse de sus consecuencias emocionales y, aunque haya perdido su recuerdo, continúa bajo su influencia. Si se llega a encontrar dicho trauma se puede curar al histérico con psicoterapia, desbloqueando la representación, a través del discurso (24).

Para Racamier: “el histérico no *hace* teatro, él *es* teatro; no es *un* actor, *es* actor, no *tiene* emociones, él *es* la emoción.” En general la mujer es atractiva, usa ropa de colores vivos y con escote. Se maquilla exageradamente, sus movimientos corporales suelen ser sexualmente sugerentes. A veces sobreactúa como una mala actriz; otras, su actuación es convincente. El temperamento de este tipo de mujer es muy variable. Todo es blanco o todo es negro, sin tonalidades intermedias. El umbral para soportar la frustración y la impuntualidad es bajo y reacciona con berrinches o lágrimas. Puede presentar síntomas físicos o gestos suicidas. Ya en el trabajo terapéutico, de una forma abierta o velada, la paciente trata de convertir la consulta en un encuentro social. De esta forma inquiere sobre los intereses personales del médico, solicita citas en las últimas horas

de la jornada y compara las habilidades del terapeuta, en forma favorable para él, con las de otros médicos consultados con anterioridad. La paciente con personalidad histérica no tiene problemas mientras sigue recibiendo de sus médicos muestras de interés y afecto, las dificultades empiezan cuando no encuentra quien satisfaga sus necesidades o cuando el médico la decepciona o la rechaza. Puede entonces desarrollar síntomas físicos poco precisos y sin causa orgánica, presentar depresión, intentar suicidarse o tener conductas antisociales. La seducción en una personalidad histérica corresponde a la conducta de una niña pequeña, le interesa más recibir atención y cuidados que sexo (24).

A mediados del siglo XX, la psiquiatría definió, ya no sólo por mero análisis psicológico o descripción fenomenológica sino por análisis factorial, las características de la personalidad histérica: egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, pobreza y falsedad de afectos, erotización de las relaciones sociales, frialdad y dependencia afectiva. Estas pacientes son especialmente intolerantes al rechazo personal y gastan muchas energías tratando de encontrar la aprobación, la atención y la alabanza de los demás. Lewis (18) menciona que para la mayoría de los psiquiatras el diagnóstico de la histeria ya perdió vigencia.

La situación actual de la histeria en el escenario clínico es la de sustitución del término a favor de sus componentes sintomáticos: trastorno disociativo, trastorno conversivo y trastorno por somatización o somatoforme. En particular la bibliografía se refiere a la somatización como síntomas físicos inexplicables, síndrome somático funcional o síntomas médicamente inexplicables (11). Según un estudio de Speckens y cols. (27) 52% de los pacientes que acuden a clínicas de consulta externa con médicos generales no presentan anomalías orgánicas que expliquen los síntomas que padecen. Comparados con pacientes que contaban con un diagnóstico médico, la mayoría de los pacientes con síntomas inexplicables tenían trastornos psiquiátricos, principalmente ansiedad y depresión. La prevalencia documentada en consulta médica general para algunos síntomas es: 25% con fatiga prolongada, de 2.1% a 5.7% con síntomas de fibromialgia; 14.2% de mujeres con dolor de cabeza, 2.2% con dolor abdominal y 2.6% con mareo; en todos los casos ésta fue la principal razón de la consulta. Si bien la investigación sobre los mecanismos fisiológicos asociados con estos síndromes somáticos funcionales ha sido limitada, es claro que las quejas de los pacientes son reales, no están en la mente del paciente y también se sobreponen entre ellas. Existe una asociación entre estos síndromes y un funcionamiento alterado del Sistema Nervioso Central, que ha conllevado a ciertas anormalidades en órganos específicos. Los síndromes somáticos funcio-

nales no sólo son comunes, sino clínicamente importantes ya que muchos pacientes están severamente incapacitados (32).

En medicina cada especialidad contiene con algún síndrome somático funcional: en gastroenterología, el síndrome de colon irritable; en cardiología, el dolor precordial; en neurología, la cefalea tensional; en estomatología, la disfunción temporomandibular; en ginecología, el dolor pélvico crónico y el síndrome premenstrual; en ortopedia, el dolor lumbar; en infectología, la fatiga crónica; en alergología, sensibilidad química múltiple y en reumatología, la fibromialgia (32). No obstante estos síndromes presentan similitudes: están asociados con depresión y ansiedad, tienen alta comorbilidad con los trastornos de la personalidad; los pacientes presentan distrés emocional, comparten historias de abuso psicológico, físico o sexual en la niñez, y presentan algún tipo de dolor crónico y fatiga (17). En cuanto a los síntomas, comparten dos importantes características: son difusos, inespecíficos y ambiguos y tienen alta prevalencia en población sana. Estos síntomas comunes son: fatiga, debilidad, cefaleas, dificultades en el dormir, dolores musculares y de articulaciones, problemas de atención, concentración y memoria, náusea, irritabilidad, palpitaciones, respiración cortada, mareo y boca seca (1). Estos pacientes han acudido con diversos especialistas en busca de explicación y tratamiento, los resultados son pobres y en consecuencia se les etiqueta como histéricos o hipochondríacos, de forma peyorativa. Al diagnosticarlos con alguno de estos síndromes, tanto médicos como pacientes reducen su estrés ante lo invisible, incontrolable e impredecible (13).

Los profesionales de la salud se frustran ante el dolor crónico causado por los síntomas inexplicables, ante su comorbilidad psiquiátrica con depresión y ansiedad, la persistencia de sus síntomas y la probabilidad de que el dolor persista a pesar de los tratamientos (33).

Si bien la histeria ha sido ampliamente descrita desde el punto de vista fenomenológico, la explicación de su etiología se dio primeramente en términos psicoanalíticos, con base en perturbaciones del aparato psíquico, complejos o mecanismos de defensa primitivos. Hyler y Spitzer (14) consideran al trastorno por somatización o somatomorfo del DSM-III como equivalente a la histeria, e indicaron que el inicio de la sintomatología no se encuentra bajo control voluntario, que no ofrece explicación física, que está ligado a factores psicológicos, y además, resulta difícil comprender cuáles son las ganancias secundarias.

McBeth y cols.(20) comentan que la naturaleza de los síntomas asociados en la fibromialgia apenas está siendo comprendida. Algunos de los factores de riesgo que contribuyen al dolor y la fatiga en la fibromialgia

incluyen: 1) variables biológicas (pertenecer al sexo femenino, descondicionamiento físico, sueño poco reparador, y disregulación de los mecanismos centrales del dolor y del sistema de respuesta del estrés); 2) una serie de variables cognitivo conductuales (creencias y atribuciones sobre el dolor, hipervigilancia sobre los síntomas, estrategias de afrontamiento, autoeficacia percibida para el control del dolor, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, y conductas asociadas al dolor) y 3) variables ambientales y socioculturales, especialmente durante la infancia y recurrencia de éstas en la adultez. Estos autores apoyan la noción de que los rasgos de somatización, definidos como la expresión del malestar personal y social mediante síntomas físicos, contribuyen al desarrollo de un dolor crónico generalizado. Además, la somatización en sí misma puede distinguirse de los efectos de la ansiedad y de la depresión, es decir, los pacientes que amplifican sus síntomas están significativamente más estresados, tienen más dificultades de afrontamiento y tienen más discapacidad funcional que los minimizadores de los síntomas. Aquellos pacientes con mayor número de puntos hipersensibles refieren varias experiencias adversas en la infancia, particularmente abuso sexual.

Carveth y Carveth (3) consideran que la fibromialgia y otros síndromes somáticos funcionales, cumplen con la descripción clásica de la histeria (*belle indifférence*, ganancias secundarias, dramatización, atribución del sufrimiento a sucesos fuera de su rutina diaria, poca tolerancia) pero su sintomatología se ha transformado culturalmente, los pacientes señalan aquellos síntomas que pudieran resultar más adecuados para obtener la protección tanto de los profesionales de la salud como de su entorno sociocultural.

Son entonces las teorías del aprendizaje las que pueden dar cuenta del mecanismo de instalación y mantenimiento de los síntomas. La complejidad del padecimiento requiere primeramente que la fibromialgia se considere como un padecimiento que implica tanto lo biológico como lo psicológico. Fordyce y cols. (9, 10) señalan que el dolor crónico, principal síntoma de la fibromialgia, se explica por procesos de condicionamiento asociativo (respondiente y operante). Los humanos somos influidos por la experiencia (aprendizaje) y con base en ella anticipamos las consecuencias de cualquier estímulo, incluidas las sensaciones del cuerpo y las señales del ambiente percibidas por cualquier modalidad sensorial que lleva a consecuencias anticipadas. Sin embargo, para que el aprendizaje ocurra no es necesario darse cuenta cómo ocurre éste; pero la conciencia del aprendizaje por supuesto influye en otros aprendizajes y en la conducta. En cuanto al dolor, éste es observado por los pacientes en cuanto a sus mani-

festaciones conductuales (estirar los músculos, respirar con dificultad, cojear, solicitar medicamento y evitar actividades que se anticipan como aversivas).

Las conductas inducidas por traumas dolorosos pueden incluir mecanismos mediados autónomamente. Así, respuestas de músculos lisos, glandulares y algunas bioquímicas pueden ser evocadas y mostrar gran persistencia en su responsividad al estímulo reminiscente del trauma original. En el dolor crónico de inicio insidioso esta relación es poco clara, no obstante, Turk (30) y Cathébras (4) proponen que la instalación y exacerbación de los síntomas principales de la fibromialgia (dolor y fatiga) siguen un modelo de condicionamiento respondiente en su inicio. Un paciente con vulnerabilidad psicológica debida a la exposición en la niñez a maltrato físico, psicológico o sexual, que haya desarrollado algún trastorno de la personalidad cuando adulto joven, con antecedentes de ansiedad y depresión y cuyo rol en la sociedad se caracteriza por el presentarse como una persona ordenada, trabajadora y responsable, en algún momento de su vida en presencia de un dolor real asocia, por condicionamiento respondiente, el dolor con la posibilidad de descanso y relajamiento. Así, ante la posibilidad de descanso se evoca el dolor. Por otra parte la búsqueda de tratamiento para el dolor y su cansancio asociado, le proporcionan al paciente aprendizaje ope-

rante, donde la atención por parte del entorno y la liberación de presiones laborales y familiares funcionan como reforzadores de la primera asociación. La repetida exposición a estos estímulos generaliza el aprendizaje y la misma sintomatología se mantiene y amplifica, generándose un círculo vicioso que la perpetúa. Con el síndrome ya instalado y fortalecido, los pacientes evitan la actividad, y algunos se involucran en litigios para conseguir incapacidad o buscan facilidades laborales (Figura 1).

La importancia del aprendizaje es raramente comprendida por los pacientes. Ellos, al igual que algunos profesionales de la salud, tienden a pensar que el dolor es orgánico (real, físico) o mental (imaginario, psicógeno, funcional). Tal distinción se basa en el supuesto, equivocado, de que las conductas de dolor ocurren sólo a causa de la nocicepción por algún daño en el cuerpo o que reflejan algún funcionamiento desviado de la mente. Paradójicamente los síntomas no son un reflejo de un mal funcionamiento físico o mental, sino por el contrario reflejan la integridad de los mecanismos subyacentes al aprendizaje; es decir, para que se dé la asociación (respondiente u operante) se requiere una participación mente-cuerpo íntegra. Por otra parte, como Fordyce (10) menciona, los informes verbales y las conductas bajo control voluntario se pueden ver influidas marcadamente por lo que el paciente anticipa como

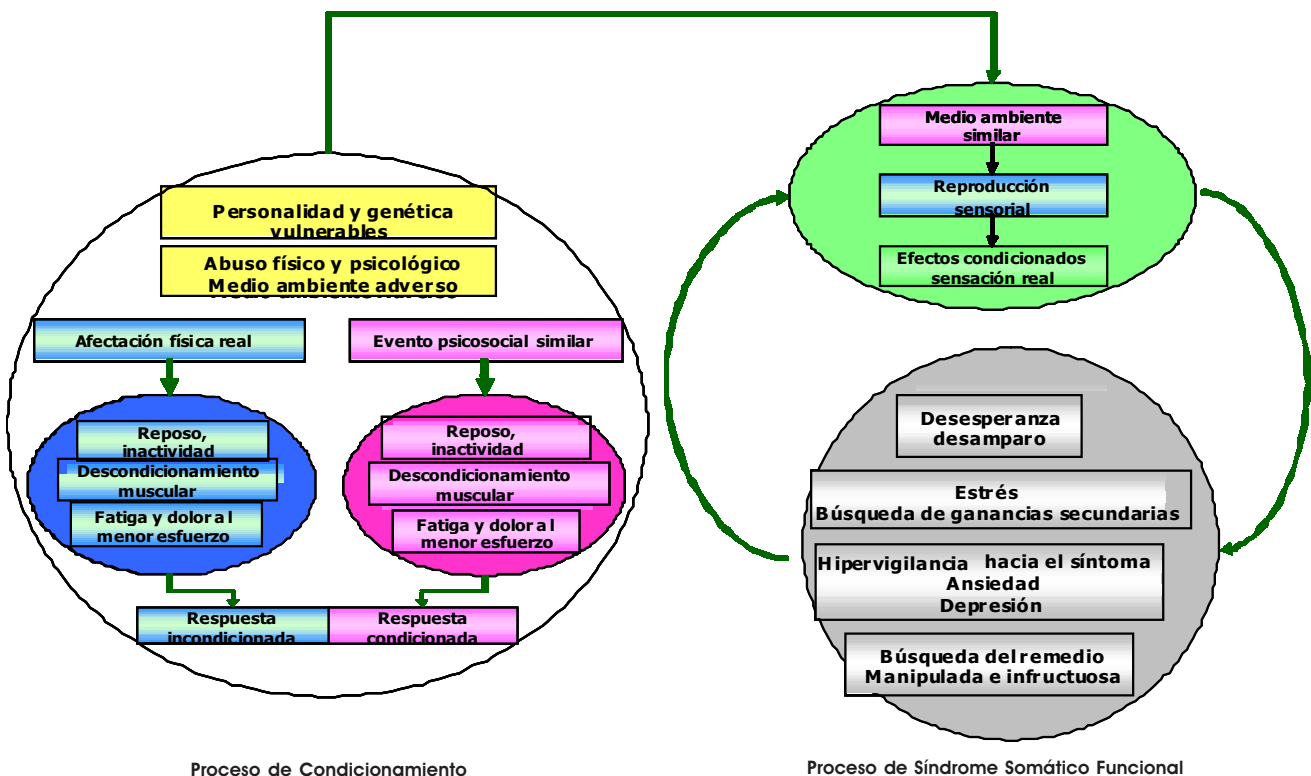


Fig. 1. Diagrama que describe el proceso de condicionamiento de la sintomatología en la fibromialgia y el proceso del mantenimiento del síndrome somático funcional.

consecuencias de lo que dice o hace. Las distorsiones no deben considerarse como intentos conscientes del paciente de presentar un cuadro falso; estas distorsiones son generalmente efectos naturales del aprendizaje o la experiencia y no conllevan necesariamente implicaciones de simulación. Turk (30) coincide en este aspecto mencionando que las conductas aprendidas de dolor no deben considerarse erróneamente como simulación, lo que implicaría un propósito consciente de imitar un síntoma para lograr algunos beneficios. En el caso de las conductas aprendidas de dolor, no sugieren engaño conciente, sino que las conductas no son propositivas y se dan como resultado del reforzamiento ambiental. La mayoría de los pacientes que muestran conductas aprendidas no son conscientes de lo que hacen, ni están conscientemente motivados a obtener reforzamiento positivo por tales conductas, mientras que los simuladores pueden intencionalmente exhibir conductas exageradas indicativas de dolor.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo presentar, en pacientes diagnosticados con fibromialgia, cuantitativamente: la severidad de la sintomatología, la personalidad prevalente, comorbilidad con los trastornos de la personalidad y severidad de la sintomatología depresiva y ansiosa. Cualitativamente: dar evidencia de la presencia del círculo vicioso que fortalece la sintomatología.

MÉTODO

Participantes

Diez pacientes, nueve mujeres, un hombre, con diagnóstico de fibromialgia según los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Con edad de 37.9 ± 8.8 años. Con un tiempo de evolución del padecimiento con mediana de 3 años (2-23).

Variables cuantitativas

Estatus físico y severidad del síndrome, evaluados por medio de:

- Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) (2).
- Personalidad evaluada con el Cuestionario de Personalidad de Eysenck* (7).
- Trastornos de la personalidad evaluados con el cuestionario Revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R) (19).

* Lara CMA, Verduzco MA: Manual del Cuestionario de Personalidad de Eysenck para México. Reporte interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1990.

- Depresión evaluada con el Inventario de Depresión de Beck (16).
- Ansiedad evaluada con el Inventario Rasgo Estado de Ansiedad de Spielberger (6).

Foco teórico cualitativo

Se presentan las experiencias de vida, narradas por los pacientes en el registro diario de los sucesos, emociones y pensamientos asociados al dolor y la fatiga.

Procedimiento

Todos los pacientes fueron evaluados en forma individual, al inicio de una intervención cognitivo conductual. Los datos cualitativos se obtuvieron de un registro diario durante al menos tres semanas con un máximo de 12 semanas. Los textos fueron transcritos y se procedió a identificar las palabras más mencionadas en el texto, así como las poco mencionadas, dando lugar así a categorías descriptivas. Se empleó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Los pacientes presentaban en promedio 16.3 ± 2.5 puntos dolorosos; la discapacidad la evaluaron en 2.3 ± 2.2 en una escala de 0 a 3 puntos; reportaron haberse sentido bien 1.1 ± 1.2 días a la semana; no laboraron 1.0 ± 1.1 días a la semana; la interferencia laboral fue estimada en 7.3 ± 2.3 en una escala de 10; la intensidad del dolor 8.1 ± 1.4 ; el cansancio a lo largo del día 8.4 ± 1.9 ; el cansancio matutino 8.5 ± 2.3 ; rigidez 7.5 ± 3.0 ; la ansiedad percibida 7.5 ± 2.6 (FIQ) y la ansiedad estado a lo largo de 12 semanas de 38.5 ± 10.3 y la ansiedad rasgo durante el mismo periodo de 50.9 ± 9.7 ; la depresión percibida 6.9 ± 3.4 (FIQ) y síntomas depresivos 14.7 ± 8.5 (Beck) (cuadro 1).

CUADRO 1. Medias y desviaciones de las variables clínicas

Variables	Media	D.E.
Puntos dolorosos	16.3	2.5
Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ)		
Discapacidad (escala 0-3)	2.3	2.2
Días con bienestar por semana	1.1	1.2
Días de incapacidad laboral por semana	1.0	1.1
Interferencia laboral (escala 1-10)	7.3	2.3
Intensidad de dolor (escala 1-10)	8.1	1.4
Cansancio (escala 1-10)	8.4	1.9
Cansancio matutino (escala 1-10)	8.5	2.3
Rigidez (escala 1-10)	7.5	3.0
Ansiedad (escala 1-10)	7.5	2.6
Depresión (escala 1-10)	6.9	3.4
Inventario de Depresión de Beck		
Síntomas depresivos	14.7	8.5
Rasgo Estado de Ansiedad de Spielberger		
Rasgo	50.9	9.7
Estado	38.5	10.3

En la escala de personalidad de Eysenck se encontró que seis pacientes presentaron puntuaciones por encima de T60 en neuroticismo con una media para todos los sujetos de 60.8 ± 8.0 y otros dos, puntuaciones por debajo de T40 en extroversión.

En cuanto a los trastornos de personalidad se encontró un promedio de 1.8 ± 1.1 trastornos por paciente, los trastornos con mayor frecuencia fueron: histriónico (4), límite (3), pasivo agresivo (2) y esquizoide (2).

En el análisis cualitativo se obtuvieron 397 informes de los pacientes, se determinó la frecuencia con que se expresaban palabras asociadas al padecimiento. Las palabras usadas con mayor frecuencia fueron, como era de esperarse, cansancio en el 49.1% y dolor en el 42.8%. El sentido en que fueron utilizadas estas palabras siempre fue negativo y de queja.

Al analizar el contenido de los datos en cuanto a su representatividad para la sintomatología característica de la histeria, se encontró:

Las pacientes manifiestan atribuciones erróneas acerca del dolor

“Fue un día bueno pero nuevamente abusé de las labores domésticas y me cansé mucho hasta tener un fuerte dolor de cabeza”.

“Me contracturé el cuello y hombro derecho por una mala postura y el dolor era fuerte, no podía casi moverme”.

Todo es negro o blanco, sin tonalidades intermedias

“No puedo acudir a ninguna fiesta. Me invitaron a los 50 años de boda del hermano de mi mamá y no pude ir, me invitaron mis primas de fin de semana a Cocoyoc y tampoco pude ir”.

“Que la meditación, que la tranquilidad, que menos trabajo, ya no voy a la Universidad, menos preocupación, todo, todo lo hago y yo me sigo sintiendo mal, creo que cada día más mal”.

El umbral para soportar la frustración y la impuntualidad es bajo y reacciona con enojo o lágrimas

“...tuve unas crisis de mucho dolor y llanto no pude contenerme, me vió llorar mi marido y mi hijo el mayor...”.

“Toda la semana anterior estuve un poco pesimista y deprimida, con muchísima tristeza. Hoy me sentí abrumada por todos los problemas y mis cosas sin resolver y casi todos los días pienso en cómo desquitarme de mi familia y cobrarle a toda mi familia sobre lo que realmente pasa en mi casa”.

No tiene problemas mientras siga recibiendo de sus médicos muestras de interés y afecto

“...mil gracias por mirarnos, escucharnos, comprendernos, entendernos, que no estamos locas que hay algo que nos ocasiona tanto dolor y cansancio crónico”.

Describen a sus madres como frías, indiferentes, preocupadas y distantes

“...lo peor fue que mi madre se dio cuenta y eso no me gusta porque se que se mortifica demasiado”.

Histrionismo

“...me dolían muchísimo las piernas, las articulaciones como si estuviera crucificada como Jesucristo”.

Labilidad emocional

“...mis sentimientos de todos los días son de tristeza ya que cada día se va incrementado mi dolor y cansancio pero también muy emocionada, entusiasta, veo la esperanza de todo lo que tienen planeado hacer con nosotras”.

Dependencia afectiva

“y me cuesta mucho trabajo aceptar que ya no puedo y que tengo que depender de los demás, pero creo que no me va a quedar de otra ya que de plano veo que no le puedo exigir más a mi cuerpo y que tengo que aprender a recibir de mis hijos y mi marido”.

Intolerancia al rechazo personal y gasto de energía tratando de encontrar aprobación, atención y alabanza de los demás

“tengo mucho coraje porque por parte del ISSSTE no entienden qué pasa y no quieren incapacitarme por invalidez”.

La hipervigilancia sobre los síntomas

“Estaba muy dolorida y cansada además me tocaba mi periodo menstrual y no ha llegado pero me siento pésimamente mal: cadera, brazo derecho, cabeza, todo”.

Las estrategias de afrontamiento

“Dolor de cabeza. Demasiado cansancio: lo mejor es dormir”.

“Oye, me gustaría invitarte a mi cafecito caminado. En el centro comercial, hasta me conocen, cuando compro un café, no me lo tomo sentada y relajada sino que recorro el centro comercial, si me siento y descanso, me duele”.

“Me estoy haciendo tanto daño porque creo que pongo todo lo que está de mi parte para salir adelante de este dolor, maldito dolor que también estoy pensando que si lo maldigo tanto me estoy equivocando”.

La autoeficacia percibida para el control del dolor

“Realmente es un dolor que me persigue, es mi sombra, no me suelta por nada”.

“Insiste este dolor tan fuerte en mi cuerpo y en mi alma. Continúo con los trámites para mi incapacidad, es tan difícil, tan desgastante, tan dolorosa que no se finalmente como va a terminar esto. Creo que esto me está afectando también para sentirme lo mal que me siento”.

Ideación suicida

“Estoy desesperada, en serio ya no quiero vivir con este dolor”.

“Además pensé que no valía la pena mi vida...”.

“Ayúdenme por favor, quiero, morirme o dormirme lo suficiente hasta que haya pasado esto”.

“...donde les comuniqué que no quiero continuar viendo con este dolor y prefiero morirme...”.

No se encontraron referencias en cuanto al aspecto sexual o a sus relaciones familiares, parece que la sintomatología absorbe toda la atención y limita importantemente su calidad de vida.

CONCLUSIÓN

De los resultados obtenidos del análisis cuantitativo de este grupo de pacientes con fibromialgia se puede inferir que padecen un trastorno que les genera gran discapacidad, acompañado de dolor y cansancio. Sin embargo, sus características de personalidad dejan ver en ellas altos niveles de neuroticismo, medido por el cuestionario de personalidad de Eysenck y que incluye contenidos como preocupación, nerviosismo y decaimiento, así como irritabilidad, sentimiento de soledad y hartazgo; hallazgos que coinciden con lo reportado por Netter (22). Existen trastornos de la personalidad, y conjuntamente niveles importantes de depresión y ansiedad; en esta última predomina la ansiedad rasgo. En cuanto a los niveles elevados de dolor y cansancio que estas pacientes mostraron a lo largo de la intervención cognitivo-conductual, parece que esto tiene una fuerte asociación con niveles altos de depresión. En un estudio, Finset y cols. (8) señalan que el ánimo depresivo de sus pacientes no se relacionó con dolor y fatiga en la línea base, pero que quienes puntuaron alto en ánimo depresivo respondieron significativamente menos al tratamiento en términos de reducción de dolor. Sus hallazgos indican el rol de la depresión como un factor predictivo de respuesta al tratamiento. Resultados parecidos encontraron Worrel y cols. en el año 2001 (34); que aunque una historia de depresión no predijo significativamente el éxito del tratamiento, sí hubo una asociación entre historia de depresión y un alto nivel de discapacidad por la fibromialgia. Los pacientes con depresión se vieron más afectados por la fibromialgia que aquellos sin historia de depresión. De ello se desprende que la identificación y tratamiento apropiados de la depresión sea una medida muy importante en el tratamiento de la fibromialgia, ya que la depresión se relaciona con el cómo los pacientes interpretan los efectos de sus síntomas en la vida diaria. Por otra parte la vulnerabilidad de estos pacientes al estrés se ha relacionado con el eje hipófisis pituitario adrenal y con estar en riesgo de generar un reflejo hipofuncional del simpático (23).

Las manifestaciones descritas por las pacientes en su registro diario de los sucesos, emociones y pensamientos asociados al dolor y la fatiga confirman la presencia de la sintomatología clásica que caracteriza el constructo de la histeria. Estas pacientes son vulnerables al entorno, con historia de sufrimiento en la niñez y que asumieron el rol de adultos desde muy temprana edad. Como lo señalan Hallberg y Carlsson (12) los pacientes muestran una vulnerabilidad psicológica que comprende categorías de historia de vida traumática, perseverancia sobre-compensatoria, percepción pesimista de la vida y situación laboral insatisfactoria. Los re-

sultados cualitativos concuerdan con otras investigaciones (25, 26). En el análisis cualitativo, al determinar la alta frecuencia con que expresaron las palabras cansancio (49.1%) y dolor (42.8%) asociadas a vivir con fibromialgia, también es de llamar la atención la muy baja frecuencia de palabras asociadas a emociones como tensión y angustia (con 3.5% cada una), desesperación con un 2.3%, enojo con 2.0% y la conducta de llorar con un escaso 1.0% (cuadro 2). Nos preguntamos si acaso la represión de estas últimas emociones y la conducta de llanto como liberación de emoción, se asocia con una alta manifestación de cansancio y dolor. Estos resultados, más sugerentes que concluyentes, podrían orientar futuras investigaciones sobre este aspecto que seguramente darán más comprensión sobre el manejo emocional en estos pacientes y mejores alternativas para su tratamiento. A la "bella indiferencia" no fue posible detectarla a través del discurso, sin embargo Sverdrup (29) señala que las pacientes con fibromialgia, generalmente lucen bien, haciendo propositivamente un gran esfuerzo por aparentar bienestar y utilizan gran cantidad de cosméticos.

Las observaciones efectuadas tanto cualitativas como cuantitativas concuerdan con lo señalado por Merskey (20), quien indica que existen cuatro aspectos principales que presenta un paciente que se puede diagnosticar como histérico o somatoforme: 1) falta de evidencia de dolor con causa orgánica o una desproporcionada queja de dolor, 2) ambiente estresante, 3) significado simbólico del síntoma y 4) presencia de trastorno de la personalidad.

En cuanto al manejo de dolor algo que comúnmente se prescribe es descanso lo cual genera un desuso importante, es decir, un descondicionamiento. Esto puede, inadvertidamente, causar que el paciente con-

CUADRO 2. Distribución de la frecuencia de las palabras más utilizadas en el discurso de las pacientes

Palabra	Frecuencia	%
Cansancio	195	49.1
Dolor	170	42.8
Cabeza	74	18.6
Mal	68	17.1
Dormir	36	9.1
Relajación	32	8.1
Depresión	30	7.6
Tristeza	27	6.8
Mejor	25	6.3
Espalda	20	5.0
Preocupación	18	4.5
Cuello	18	4.5
Medicamento	14	3.5
Tensión	14	3.5
Angustia	14	3.5
Garganta	14	3.5
Menstruación	13	3.3
Respiración	13	3.3
Desesperación	9	2.3
Enojo	8	2.0
Llorar	4	1.0

funda dolor con daño (amenaza de) y que se guarde y desconecte excesivamente bajo la instrucción “deje que su dolor le guíe”. El resultado es que el movimiento o actividad le produce dolor y sufrimiento al paciente, relacionados más bien con efectos del descondicionamiento que por nocicepción. El paciente sufre y culpa a sus heridas por esto: sin embargo, si los tratamientos, como sucede a menudo, concentran su atención sólo en el síntoma, pueden hacer que el padecimiento corra el riesgo de convertirse en crónico (10). Así también en la bibliografía se documentan factores de mantenimiento del dolor, que tienen que ver con el cuidado profesional que se les brinde, los beneficios del dolor y el apoyo familiar (12).

Durante el proceso terapéutico y en el informe diario se observó que las pacientes cuando se relajaban en forma pasiva señalaban mayores niveles de dolor, en otras palabras, el dolor se evoca en situaciones de descanso pasivo, lo que se podría explicar por el proceso de condicionamiento (4, 10). Cuando las pacientes descansan, les duele, por lo que evitan descansar, produciéndose en consecuencia fatiga, que a la vez las coloca en mayor vulnerabilidad ante estresores. En cambio, cuando están activas y entregadas a roles satisfactorios no existe informe de dolor (descanso activo).

Así, la evaluación de dolor de un paciente además de los factores orgánicos, es esencial para comprender el informe individual de dolor y la subsecuente discapacidad. Además la experiencia de dolor puede ser influida por el estado de ánimo del paciente y la forma de afrontamiento de los síntomas así como por la respuesta de otras personas incluyendo a su médico y miembros de la familia. Por lo tanto se requiere un modelo integrador que vaya más allá del daño y que considere también los factores psicosociales, conductuales y psicológicos: estado de ánimo, interpretación de los síntomas, expectativas sobre el significado de los síntomas, respuestas ante ellos, respuesta de otras personas a los síntomas del paciente, entre otras cosas; cada uno de los cuales contribuye al informe subjetivo del paciente. El dolor, especialmente crónico, afecta el funcionamiento emocional, social, familiar, ocupacional y físico de una persona. Estos factores interactúan con la entrada sensorial y el proceso del Sistema Nervioso Central para crear la experiencia y el subsecuente informe de dolor (31).

Turk y cols. (30) señalan la necesidad de delinear características cognitivas, emocionales y conductuales de los pacientes con fibromialgia, que incluyan tanto mediciones objetivas como subjetivas del dolor. Así, los autoinformes evalúan la capacidad del paciente en sus actividades funcionales, de la vida diaria y la severidad del dolor durante ellas. Aunque su validez ha sido cuestionada, diversos estudios han demostrado buena co-

rrespondencia entre autoinformes, características de la enfermedad y ejecuciones funcionales objetivas (5, 15, 31). Proponemos, como lo señaló Merskey en su artículo (20) que existen otras formas de explicar lo inexplicable, como para nosotros, psicólogos de la salud, lo son las teorías del aprendizaje. Se concluye que la fibromialgia como entidad nosológica cumple con las características de la histeria, pero como etiología se da por aprendizaje. Con base en esto será posible diseñar estrategias psicológicas de tratamiento que pudieran eliminar el dolor. Como señaló Gastó (11) la histeria es una de las formas clínicas más antiguas en medicina y también una de las que ha provocado mayores controversias intelectuales en distintos ámbitos. No obstante, la forma clínica usual es la somatización crónica que genera un importante gasto sanitario y dificultades de diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS

1. BARSKY AJ, BORUS JF: Functional Somatic Syndromes. *Annals International Medicine*, 130(11):910-921, 1999.
2. BURCKHARDT CS, CLARK SR, BENNETT RM: The fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): development and validation. *J Rheumatol*, 18:728-733, 1991.
3. CARVETH DL, CARVETH JH: Fugitives from Guilt: Postmodern demoralization and the new hysterias. *American Imago*, 60(4):445-479, 2003.
4. CATHEBRAS P, LAUWERS A, ROUSSET H: Mise au point. Une revue critique. *Ann Med Interne*, 149(7):406-414, 1998.
5. DEYO RA, DIEHL AK: Measuring physical and psychosocial function in patients with low back pain. *Spine*, 8:635-642, 1983.
6. DIAZ-GUERRERO R, SPIELBERG DC: *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Manual Moderno, México, 1975.
7. EYSENK, SYBEL BG, LORA CMA: *Salud Mental*, 12(3):14-20, 1989.
8. FINSET A, WIGERS HS, GOTESTAM GK: Depressed mood impedes pain treatment response in patients with fibromyalgia. *J Rheumatology Psychother Psychosom*, 3:976-980, 2004.
9. FORDYCE W, FOWLER R, LEHMAN J, DELATEUR B: Some implications of learning in problems of chronic pain. *J Chronic Diseases*, 21:179-190, 1968.
10. FORDYCE WE: Behavioral factors in pain. *Neurosurgery Clinics North America*, 2(4):749-759, 1991.
11. GASTO C: La situación actual de la histeria. *Psiquiatría Atención Primaria*, 3(2):9-13, 2002.
12. HALLBERG LRM, CARLSSON SG: Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. *Scandinavian J Caring Science*, 12:95-103, 1998.
13. HELLSTROM O, BULLINGTON J, KARLSSON G, LINDQVIST P, MATTSSON B: A Phenomenological study of fibromyalgia. Patient perspectives. *Prim Health Care*, 17:11-16, 1998.
14. HYLER SE, SPITZER RL: Hysteria split asunder. *American J Psychiatry*, 135(12):1500-1504, 1978.
15. JETTE A: The functional status index: reliability and validity of a self-report functional disability measure. *J Rheumatology*, 14(Supl 15):15-21, 1987.

16. JURADO C, VILLEGAS E, MENDEZ L, RODRIGUEZ F y cols.: La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3):26-31, 1998.
17. LESLIE A, BUCHWALD D: A Review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals International Medicine*, 134 (Supl):868-881, 2001.
18. LEWIS A: The survival of hysteria. *Evol Psychol Med*, 5(1):9-12, 1975.
19. LOPEZ J, PAEZ F, APIQUIAN R, SANCHEZ DE CARMONA M y cols.: Estudio sobre la traducción y la validación del Cuestionario Revisado del Diagnostico de la Personalidad (PDQ-R). *Salud Mental*, 19(Supl. 3):39-42, 1996.
20. MCBETH J, MACFARLANE GJ, BENJAMIN S, SILMAN AJ: Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. *Arthritis Rheum*, 44:940-946, 2001.
21. MERSKEY H: Physical and psychological considerations in the classification of fibromyalgia. *J Rheumatology*, 16(Supl.19):72-79, 1989.
22. NETTER P, HENNING J: The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Z Rheumatol*, 57(Supl 2):105-108, 1998.
23. OKIFUJI A: Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 27(2):129-141, 2002.
24. PEREZ RINCON H: *El Teatro de las Histéricas y de cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricos*. Fondo de Cultura Económica, México, 2001.
25. SCHAEFER MK: Health patterns of women with fibromyalgia. *J Advanced Nursing*, 26:565-571, 1996.
26. SODERBERG S, LUNDMAN B, NORBERG A: Living with fibromyalgia: sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life. *Research Nursing Health*, 20(6):495-503, 1997.
27. SODERBERG S, LUNDMAN B: Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health Care Women International*, 22:617-631, 2001.
28. SPECKENS AE, VAN HEMERT A, SPINHOVEN P, HAWTON K y cols.: Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *British Medical J*, 311:1328-1332, 1995.
29. SVERDRUP B: Use less cosmetics – suffer less from fibromyalgia? *J Women's Health*, 13(2):187-194, 2004.
30. TURK DC: Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*, 68:423-430, 1996.
31. TURK DC, OKIFUJI A: Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *Lancet*, 353:1784-1788, 1999.
32. WESSLEY S, NIMNAUN C, SHARPE M: Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*, 11(354):936-939, 1999.
33. WINFIELD BJ: Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis Rheumatism*, 44(4):751-753, 2001.
34. WORREL ML, KRAHN LE, SLETTEN CD, POND GR: Treating fibromyalgia with a brief interdisciplinary program: Initial outcomes and predictors of response. *Foundation Medical Education Research*, 76:384-390, 2001.