

Abordaje cognitivo conductual en mujeres afectadas por fibromialgia

Mónica Arcas¹

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18, Nº 4, abril de 2014, págs. 296 a 301.

Resumen

La fibromialgia es una afección crónica de los tejidos blandos que se caracteriza por dolor persistente musculoesquelético, de origen idiopático, hoy se piensa en factores multicausales, tales como trastornos en el sueño (insomnio y sueño no reparador), trastornos ansiosos, depresivos, alteraciones intestinales (colon irritable) y disfunciones del sistema inmunitario presentando un mapa corporal donde hay zonas dolorosas localizadas bilateralmente. Hay mayor prevalencia de mujeres entre 20 a 50 años aproximadamente. La terapia cognitivo conductual junto al tratamiento reumatológico constituyen sólido enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves

Fibromialgia. Trastornos del sueño. Ansiedad. Depresión. Tratamiento reumatológico. Terapia cognitiva conductual.

Abstract

The fibromyalgia is a chronic soft tissue that is characterized by persistent musculoskeletal pain of idiopathic, now thinks multicausal factors such as sleep disorders (insomnia and unrefreshing sleep) anxiety disorders, depression, gastrointestinal disorders (IBS) and immune system dysfunction presenting a body map where bilaterally localized painful areas. There are more prevalent in women between 20-30 years of so. CBT together to form a solid rheumatology treatment approach to improve the quality of life of these patients.

Key Words

Fibromyalgia. Sleep disorders. Anxiety. Depression. Rheumatology treatment. CBT.

La fibromialgia es una afección bastante compleja donde predomina el dolor en zonas del cuerpo bien localizadas por el médico reumatólogo (puntos pulsátiles), es una enfermedad crónica que altera todos los intercambios del paciente afectado, sea consigo mismo y con el medio circundante, conlleva estados de distres y depresión concomitantes que deben ser evaluadas y tratados con un equipo inter-

1 Psicóloga Clínica. Hospital Bernardo Houssay, Dpto. de Clínica Médica. E-mail: arcasweb@gmail.com

disciplinario. Hay alteraciones en el campo cognitivo emocional como ser problemas en la concentración, atención y memoria, muchas veces asociado al alto nivel de ansiedad donde el paciente afectado esta muy concentrado en la atención interna de sus síntomas físicos (registro somatosensorial) que lo lleva a un círculo vicioso donde aparecen estados depresivos asociados al cuadro de fibromialgia. Son personas con un bajo umbral de dolor, de allí la complejidad para poder medir su afección, y las consecuentes conductas de inhibición conductual que presentan.

Es muy importante la detección por parte el medio reumatólogo del cuadro, ya que recibir un diagnóstico específico libera al paciente de la incertidumbre de su afección, le da una dirección para su tratamiento, por lo general son personas que ha peregrinado por varios profesionales antes de ser evaluados por el reumatólogo, y también es muy importante que desde el punto de vista psicológico se evalúen los estados mentales que el cuadro despierta, la característica principal es el dolor en ausencia de daño físico detectable, el mismo es de orden subjetivo, donde es imposible evaluar la intensidad del mismo desde la objetividad y de allí la dificultar de transmitir el dolor por parte el paciente. Él medico reumatólogo es el que realiza el diagnóstico y toma en cuenta criterios tales como: el dolor osteomuscular sea generalizado y este presente por mas de tres meses, una forma de prueba es cuando éste presiona sobre los puntos álgidos sintiendo el paciente un dolor agudo, también el cuadro se presenta con anergia, es muy frecuente, «sentirse sin pilas» especialmente a la mañana junto con los dolores articulares, se sienten rígidos con dificultad de movimiento que va cediendo gradualmente.

Otros síntomas del síndrome son:

- Tensión muscular
- Cefaleas
- Disforia premenstrual
- Pérdida de apetito
- Perdida de deseo sexual y anorgasmia
- Pérdida del balance corporal (lo que lleva a frecuentes caídas)
- Desgano y fatiga
- Dolor muscular luego de ejercicios físicos leves
- Dolor músculo-facial
- Trastornos en el ciclo del sueño

El abordaje Cognitivo conductual es un complemento importante en el tratamiento no sólo reumatológico sino en la adhesión al abordaje farmacológico a fin de reducir el impacto y la severidad de los síntomas, y logra trabajar con sus sistemas de creencias disfuncionales que actúan muchas veces como disparador de síntomas y de conductas de inhibición que empeoran el cuadro, modificando éstas se pueden establecer estrategias de afrontamiento y aceptación de la enfermedad. Esta afección no sólo impacta en lo anímico sino que sus consecuencias influyen en su calidad de vida individual y social (es alto el porcentaje de enfermos que abandonan su trabajo) detonando en la autoestima.

Uno de los puntos principales del tratamiento desde el punto de vista psicológico es proporcionar al paciente psicoeducación que son las herramientas para afrontar el estrés cotidiano y acumulativo que la enfermedad conlleva, cambiando los pensamientos disfuncionales, reeducándolos (Reestructuración cognitiva), aumentando la autoestima y evitando el aislamiento

En la práctica clínica se observa comorbilidad con trastornos de ansiedad generalizada y preferentemente con depresión.

La depresión es uno de los ejes principales en el tratamiento, los síntomas de depresión no son los mismos en todos los pacientes, hay predominio de fatiga, lentitud en el movimiento y en el procesamiento mental, ausencia de motivación, el dolor crónico favorece a estos estados mentales porque cada tarea que la persona emprenda con el cuadro fibromiálgico manifiesta mucho cansancio físico, anergia muchas veces directamente proporcional a la mala calidad de sueño que tienen aumentando el dolor físico generando un círculo vicioso que la lleva a una autopercepción muy negativa de sí misma y un horizonte de desesperanza, generándose una situación depresiva donde no sólo se autopercebe negativamente, sino que interpreta negativamente su entorno (muchas veces se siente una carga para la familia) y su futuro (percibe una imposibilidad de un proyecto vital), esto es lo que se llama en psicología cognitiva **Tríada cognitiva** que es lo que caracteriza a un cuadro de depresión comórbida a la fibromiálgia, muchas veces este cuadro depresivo estuvo instalado previamente al desarrollo de la afección reumatológica. Detectar aquellos pensamientos disfuncionales que agravan el cuadro de fibromiálgia incrementando el dolor, o bien tomar en cuenta maniobras conductuales como ser la inactividad o su contrario la sobrecarga laboral, ya que tanto una como otra inciden negativamente en el cuadro de fibromiálgia. Otro punto que se observa en estos pacientes es la marcada alexitimia son pacientes que tienen un estilo cognitivo marcado por la imposibilidad de poner en palabras sus sentimientos así como poder discriminar emociones como cólera, miedo, vergüenza, son poco introspectivos y con déficit marcados de creatividad, predomina un pensamiento operativo.

La imposibilidad de vincularse con el placer la lleva a un estado de aislamiento donde se aumenta no solo el dolor físico sino el psíquico, aumentando el estado de estrés, dando lugar a pensamientos catastróficos de discapacidad e imposibilidad de control del dolor, El dolor crónico interfiere de manera negativa en sus relaciones laborales, sociales y afectivas generando sentimientos de inutilidad y depresión.

Se ha visto en la anamnesis de estos pacientes un elemento recurrente que es el haber tenido experiencias traumáticas de maltrato infantil (violencia psíquica-física e incluso abuso sexual) se podría pensar como un elemento primigenio para el desarrollo de esta afección en la adultez.

En el abordaje cognitivo conductual de esta afección es importante mantener un vínculo muy empático y mucha flexibilidad en la relación terapéutica, son pacientes muy quejosos, por lo general son derivados a tratamiento psicológico después de mucha peregrinación clínica (médicos clínicos, traumatólogos, kinesiólogos, neurólogos), hasta que el médico reumatólogo aplica un abordaje multidisciplinario y es evaluado en salud mental.

Viñetas Clínicas

Caso 1

Paciente mujer de 40 años de edad, con antecedentes de HIV (en tratamiento infeccioso de más de 10 años), actualmente serología negativa, comienza con dolores osteomusculares, cansancio, fatiga y rigidez matinal, se le diagnostica fibromiálgia (Eje3), es derivada para tratamiento psicológico con enfoque cognitivo conductual standard.

Se evalúa ansiedad-depresión dando los siguientes valores en la admisión:

- Evaluación Ansiedad Hamilton (moderada).
- Evaluación Inventario de Depresión Hamilton (moderado-severo).
- Evaluación de Escala de desesperanza de Beck.
- Cuestionario de Zung (depresión severa).
- Inventario Beck de ansiedad (Moderada).
- Cuestionario de calidad de vida.
- Cuestionario de Impacto de la fibromialgia (F.I.Q).
- STAI (AR) – STAI (AE).
- Batería neurocognitiva.

A lo largo del tratamiento se fue reiterando las escalas de ansiedad-depresión a fin de ver la evolución del tratamiento.

Tratamiento Farmacológico Psiquiátrico:

- Antidepresivos IRSS –Escitalopran 20 mg/día.
- Bloqueantes canal de Ca Pregabalina 150 mg/día.
- Benzodiazepina- Clonacepan – 1 mg/día.
- (La paciente se encuentra tratada con medicación antiretroviral).

Antecedentes personales y familiares:

Su infancia marcada por situación de violencia intrafamiliar, padre agresivo que ejercía violencia física hacia su madre y con conductas de abuso sexual hacia sus hijos donde comienza con exhibicionismo y manoseo de las zonas erógenas obligándola a realizar actos masturbatorios y mantener secreto estas prácticas bajo amenaza de dañarla físicamente, estas conductas se mantienen en el tiempo

hasta que la paciente busca una salida a través de formar su propia familia.

Tiene un primer matrimonio del cual tiene tres hijas, la relación conyugal fue problemática con violencia doméstica por parte de su marido alcohólico y agresivo quien le contagia el virus de HIV, logra luego de un tratamiento psicológico separarse de éste y comienza a tratarse por su infección. Actualmente tiene una pareja de características contenedoras, sus hijas adolescentes se muestran colaborativas en las tareas hogareñas. Nivel económico y educacional medio.

Al inicio del tratamiento trabajaba en tareas domésticas pero debido a su estado de cansancio y anergia solo pudo sostener un trabajo de pocas horas, situación que la llevó a un estado depresivo con tendencia al aislamiento, predominaron pensamientos negativos, y ha tenido en ocasiones fantasías suicidas.

En la primera parte del tratamiento se trabajó en psicoeducación acerca de la fibromialgia y se le enseñó técnicas de relajación muscular y respiratorias, a fin de bajar los indicadores de ansiedad que presentaba. Se le entregó material sobre el tema y CD con relajación guiada que deberá realizar cotidianamente dos veces por día y registrar como se siente, es importante destacar que se trabaja con un perfil de paciente que presenta clínicamente un estado de anergia cotidiana, sus dolores suelen ser mas agudos por la mañana con estados de rigidez, pero igualmente es un patrón variable pues influyen otros factores como ser la calidad de sueño que ha tenido la noche anterior, el dolor articular, las experiencias en sus relaciones interpersonales que surgen en el seno de su familia y vida laboral.

Se trabaja en esta fase del tratamiento en la reestructuración cognitiva, es decir detectar los modos de procesamientos negativos,

aquellos pensamientos rumiantes acerca del dolor, creencias sobre el mismo, distorsiones exageradas respecto al cuadro, y posibilitar desfocalización con técnicas distractoras que la saquen del foco del dolor, estrategias para el control del mismo, concientizando al paciente que el dolor está directamente relacionado con nuestro pensamiento que precipita estados emocionales negativos con la consecuente conducta disfuncional provocando un círculo vicioso que hay que desarticular.

Además presenta esta paciente serios problemas de retención de la memoria a corto plazo y de la atención y concentración (funciones superiores cerebrales). Para ello se trató de organizar y distribuir sus actividades diarias con la utilización de accesorios como ser anotadores, una agenda donde pone los datos importantes fechas de atención y medicamentos prescritos y cuadernos donde hace registros de situaciones que le han producido malestar para luego ser trabajados en terapia. Esto último ayuda a poder organizarse más adecuadamente y moderar su sensación de descontrol.

Se trató de manera enfática que la paciente pueda conectarse con actividades que le produzcan placer a fin de combatir la apatía, actualmente ha comenzado con un curso barrial de Tai Chi junto con una de sus hijas que la incentiva a concurrir. Esto favorece a pueda También como una forma percibir la realidad de manera más adecuada y no esté velada por el malestar y la queja que trae la fibromialgia rompiendo de esta forma con el círculo vicioso que se crea en la enfermedad.

Viñeta 2

Mujer soltera de 32 años de edad, sin hijos, actualmente vive en pareja, la relación es disfuncional, suelen tener episodio de violencia por parte de su pareja, quien la desvalori-

za por su actual estado de salud con su ánimo depresivo, ha dejado de trabajar pues tiene mucho cansancio e hipersonnia pertinaz. No cuenta con apoyo familiar tanto en lo afectivo como en lo económico. Se sometió a innumerables estudios clínicos y tratamiento kinesiológico por sus frecuentes mialgias musculares, es derivada al servicio de psicología médica y en la evaluación del cuadro se pide interconsulta a reumatología y es allí donde se detecta un cuadro de fibromialgia que cursa con cefaleas recurrentes y estado anémico.

Evaluación de depresión HAM-D severa.

Evaluación de Ansiedad Hamilton moderada.

Evaluación Escala de Desesperanza.

Evaluación Escala Zung.

Inventario Beck de Ansiedad.

Batería neurocognitiva.

Medicada:

IRSS (Citalopram 20 mg día)

Pregabalina 150 mg día

Alprazolam 0.5 mg (en dos dosis)

La paciente presenta estado disfórico, con un sesgo atencional dirigido hacia estímulos negativos que le refuerza el dolor, es muy inestable emocionalmente, si bien no presenta ideación suicida aparecen pensamientos depresógenos respecto a la imposibilidad de mejorar su estado actual. Desde el punto de vista cognitivo la paciente se autopercebe como vulnerable y como una «carga» para su pareja ya que no puede sostener un trabajo esta situación la llena de incertidumbres respecto a un mejoramiento, le cuesta la aceptación de esta enfermedad y le angustia la posibilidad de que no pueda concebir hijos, se trabaja con ella estas creencias no fundamentadas por su médica, prevalece en su discurso

distorsiones categóricas, y sentimientos de culpa por estar afectada.

Actualmente sigue en tratamiento y se le están realizando estudios de mayor complejidad (TAC) debido a los síntomas neurológicos, y estudios hematológicos (estado anémico). Hace un gran esfuerzo por asistir a terapia y al servicio de reumatología, lo cual es un buen indicador.

Bibliografía

- Beck, Aarón; Rush, John y Col. Terapia Cognitiva de la depresión, Ed. Desclee De Brouwer (1983)
- Caro, Isabel. Manual Teórico Práctico de Psicoterapia Cognitiva. Ed Desclee De Brouwer España. p.446 (2007)
- Torres, L.; Troncoso, S.; Castillo. Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes de fibromialgia, reumatología y grupo de control. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 38 año 002.
- Otis, John; Hughes, Douglas. Psiquiatría y dolor crónico-Revista Psychiatric Times p.18-20 –2012.