

ANEXO I

Presentación del Caso “VARÓN CON FIBROMIALGIA: INTERRELACIÓN DE FACTORES”

Servicio de Psiquiatría. Interconsulta y En
Victoria de Felipe García –Bardón
Psicóloga Clínica

Motivo de consulta.

Paciente, varón de 43 años, derivado por el servicio de reumatología al servicio de psiquiatría para ser incluido en programa de atención psiquiátrica y psicológica para pacientes con fibromialgia (FM). Es un programa de enlace que se realiza en el Hospital Universitario de Guadalajara desde el dispositivo de Interconsulta y Enlace del Servicio de psiquiatría.

Variables sociodemográficas.

Casado con dos hijos de 18 y 10 años, con domicilio en un pueblo de Guadalajara. Nivel de estudios FP II , electrónica industrial, (equivalente a ingeniería de grado medio).

Situación laboral

Ha tenido diferentes trabajos a lo largo de su vida: pintor, limpiador, instalación y redes en una empresa de seguridad, granja avícola,

Cuando acude a la consulta en febrero de 2007, se encuentra en situación de incapacidad laboral transitoria. En ese momento estaba trabajando en un matadero de aves, en la sección de congelados, sometido a temperaturas de 30 grados bajo cero,

preparando los pedidos y cogiendo muchos kilos de peso (El frío y la carga física son dos factores de riesgo físico en FM).

En el transcurso del año 2007 el paciente solicitó una adaptación de su puesto de trabajo o una reducción de jornada, que desestimaron en su empresa dándole la ILTOTAL (para ese puesto de trabajo). (Al hablar de su situación laboral se emociona). Respecto a la situación laboral , es importante destacar que en los años previos a 2007 fue representante de los trabajadores y tuvo conflictos y problemas con los jefes, especialmente con su jefe directo al que define como muy dictatorial, refiriendo que le tuvo perseguido durante dos o tres años. Esa situación le generaba mucha tensión Además este hecho entraba en conflicto con aspectos de su personalidad en los que se define como muy disciplinado, exigente y pendiente de todo.

En Febrero de 2008, tras varios meses de baja laboral y, con un claro deseo por parte del paciente de mantenerse activo laboralmente, le ofrecen en su misma empresa un nuevo puesto de trabajo como responsable de grupo, con absoluta flexibilidad en el puesto de trabajo (a nivel organizativo y de horarios). Tiene que cumplir unos objetivos, pero puede organizarse a su propio ritmo y modo de trabajo.

En el momento actual se encuentra bien adaptado a su puesto de trabajo.

Antecedentes familiares.

Abuelo paterno

Problemas circulatorios, le tuvieron que cortar ambas piernas.

Madre.

No antecedentes médicos.

Antecedentes psiquiátricos: *Trastorno Bipolar* que ha precisado múltiples ingresos a lo largo de su vida, en el Hospital Provincial y en la Unidad de Hospitalización Breve. Alternaba fases depresivas muy graves con múltiples intentos autolíticos y fases maníacas graves en las que desaparecía de casa durante días. Desde hace unos años se encuentra estable en seguimiento en la Unidad de Salud Mental (USM) con su tratamiento y sin ingresar.

Padre

Antecedentes médicos: a los 20 años apendicectomizado, a los 42 años tuvo un síndrome de Addison “a punto de morir: un cansancio extremo, agotado, se quedo con 40 kgs....”. Hace 3 años le colocaron dos bypass coronarios (septiembre 2005),. En la actualidad se encuentra bien

No antecedentes psiquiátricos.

Un hermano nació muerto por una vuelta del cordón al cuello.

Hermano menor. Depresión Mayor Recurrente El último episodio fue muy grave, reactivo a situación laboral con deseos de muerte e ideación autolítica estructurada, “nos ha hecho revivir el pánico que pasamos con mi madre”.En la actualidad está en tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Antecedentes de dolor en la familia

Hermano mayor lleva 6 años con un dolor importante en el cuello (es algo puramente físico, lo están estudiando pero es un dolor localizado que se irradia por el brazo) ,

No antecedentes de FM en la familia

Antecedentes personales

Antecedentes médicos

Intervenido quirúrgicamente (año 1998) de una tenosinovitis de d`quervain (mano derecha), apendicectomizado con 20 años.

Estudiado en Cardiología para descartar patología C-Vascular por la astenia: “tuvieron que parar la prueba de esfuerzo porque no podía del cansancio ni del dolor”

Estudiado en NRL para descartar enfermedad neuromuscular que justificase el cansancio y el dolor.

Historia reumatológica. diagnosticado de fibromialgia (FM) en junio 2006. No tiene otros diagnósticos.

Es importante recordar que la FM es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además del dolor se encuentran otros síntomas, como fatiga intensa,

alteraciones del sueño, depresión y ansiedad entre las manifestaciones clínicas más comunes (Documento de la Sociedad Española de Reumatología) El dolor y la fatiga centran la vida del paciente .

El diagnóstico es exclusivamente clínico y está basado en la presencia de dolor osteomuscular crónico y generalizado junto con los otros síntomas descritos previamente. Además debe producirse dolor a la palpación de al menos 11 de los 18 puntos posibles.

El Colegio Americano de Reumatología define los criterios para su diagnóstico en 1990 y en 1992 la OMS reconoce la FM como enfermedad reumática.

Antecedentes psiquiátricos.

Aunque refiere haberlo pasado muy mal psicológicamente cuando era pequeño como consecuencia de que su madre tenía un trastorno bipolar nunca pidió ayuda profesional, ni acudió al psiquiatra ni al psicólogo.

La primera valoración psiquiátrica es en el año 2006, siendo remitido por el Médico de Atención Primaria a la USM por cuadro clínico compatible con una Depresión Mayor severa, con deseos de muerte. Se relaciona este cuadro con el dolor y la incapacidad funcional que dicho dolor le producía.

Se inicia tratamiento psicofarmacológico específico: Rexer (mirtazapina) señalando que le ayudó mucho, a dormir , relajarse y mejorar el ánimo. También es derivado a la consulta de psicología en la que puede cambiar algunos aspectos de su posición ante el dolor. “Yo sentía que me había venido esta desgracia y se me había acabado la vida y pude ver que no”

A finales de 2006 el reumatólogo le diagnostica FM y le deriva al programa (es un programa al que se derivan a todos los pacientes que tienen FM y son atendidos en el Hospital y no sólo a quienes tienen psicopatología asociada).

En este momento el paciente cumplía criterios de **depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada iniciando tratamiento psicoterapéutico grupal.**

Desde el punto de vista psicofarmacológico, se mantuvo el tto ATD inicial : Rexer(Mirtazapina)30 mgs/día, asociándose otro tto ATD: Xeristar (Duloxetina), a dosis de 60 mgs/día, además de una BZD:Idalprem(lorazepam) 5mgs/día.

Biografía

Padres viven . Padre 68 años y madre 66 años.

Hermanos: el hermano mayor es un varón 44años, a continuación está el paciente con 43años, la tercera es una mujer de 39 años , el cuarto sería un hermano que tendría ahora 34 que nació muerto y el pequeño un varón de 32 años

Todos los hermanos viven en Guadalajara independientes, excepto el menor que vive con los padres.

Buena relación con todos ellos.

Infancia:

Su madre ha tenido trastorno bipolar desde que él era pequeño precisando múltiples ingresos. Este hecho implicaba que el paciente y el hermano mayor se quedaran con mucha frecuencia solos, cuidando de la casa y de los hermanos pequeños desde edades muy tempranas pues el padre se pasaba el día trabajando fuera.

Recuerda que su madre constantemente intentaba suicidarse, ingresaba durante meses en un hospital psiquiátrico o tenía episodios maníacos graves. Recuerda situaciones en las que su padre o incluso él como uno de los hermanos mayores tenían que llamar a la policía para que fueran a su casa a por su madre y llevarla al hospital psiquiátrico por no poder controlar la situación.... **recuerda la impotencia y el esfuerzo de su padre para que todo fuera bien.** “Mi padre trabajaba 12-14 horas al día, y pasábamos horas y días solos en casa, angustiados y solos... Mi hermano mayor y yo nos hacíamos cargo del resto de hermanos, de la casa , de cuidar de mi madre y de todo....de pequeño, es como si no hubiera tenido madre; se cambiaron las funciones”

En aquel momento su madre no recibía tratamiento adecuado ni tenía un diagnóstico correcto . Estos hechos generaban mucha angustia en el núcleo familiar, impotencia, frustración y continuo temor por lo que podía pasar. Ante esta situación refiere que su hermano mayor era más contestón y rebelde, se enfrentaba... pero él lo manifestaba encerrándose en sí mismo...no lo recuerda como tristeza, lo recuerda como aislamiento, encerrado en mí mismo....

A pesar de esos recuerdos dice que su infancia fue bastante feliz, compartiendo muchas cosas con dos hermanos de edad cercana a la suya . No tenían las comodidades de ahora , pero lo pasaban bien jugando, pescando.....

A su padre le define como una persona con mucho humor, abierto y alegre.

Dice que **físicamente es idéntico a su padre**, en el parecido y **en las enfermedades** que ha tenido pues a los 20 años, también le operaron de apendicitis y a los 41 empezó con la FM y como tenía muchos síntomas idénticos a los que tuvo su padre cuando le diagnosticaron la enfermedad de Addison (agotamiento, tristeza, falta de energía, sin ganas de nada, apatía.....) pensó que tenía la misma enfermedad.

Respecto a su madre, además de los recuerdos tan intensos de su enfermedad cuando era pequeño dice que ahora les está devolviendo su papel de madre “ nos está compensando por todo lo que no nos dio de pequeños; ahora nos apoya y ayuda constantemente, en nuestros problemas y dificultades. Está muy fuerte”,

Se identifica con el carácter y humor de su madre.

Su familia propia. Casado con dos hijos (18 y 10 años).

Su esposa llevaba 18 años sin trabajar y “tuvo que ponerse a trabajar cuando el paciente comienza la enfermedad. Actualmente, trabaja como auxiliar administrativo en una empresa.

Hijo mayor: acaba de empezar a estudiar hostelería en Guadalajara. Está muy contento. Le define como “extrovertido, abierto.”Le encanta su profesión.

Del hijo de 10 años dice que es muy maduro y responsable para su edad, saca todo matrículas de honor.

Considera que tiene mucha suerte con sus hijos y su mujer pues todo va bien.

Ha tenido problemas por parte de la familia de su mujer. Parecía que yo era poco para mi suegra. Era un conflicto grande. Éramos muy jóvenes. Ella 19 años y yo 22. Las cosas se han ido normalizando y bien.

Con su mujer en la actualidad está bien aunque en los momentos peores de su enfermedad la relación se había deteriorado bastante. “Yo no me levantaba del sillón y han sido momentos muy duros para ella. Ahora yo me propongo cosas y eso me ha permitido organizar mi vida familiar.....Es que no quería ni hablar..... se desestabilizó la relación y todo.....ahora voy estabilizándola. Yo decía “me duele” pero no se veía nada. Fue horrible....y cuando me diagnosticaron la enfermedad fue un punto de inflexión: me decía “ya sé que tienes algo” fue un paso grande aunque aún queda.

El dolor.

El dolor es el síntoma central de la FM por lo que es importante dedicar un espacio específico para su análisis y descripción.

Antecedentes de dolor.

“Me recuerdo con dolores desde siempre, desde que tengo uso de razón. Sobre todo desde los 9 a los 10 años, fue para mí un año horrible, horrible..... tuve unas migrañas horribles, que no se pasaban con nada; me detectaron un aumento de la VSG (velocidad de sedimentación globular), me quitaron muelas para ver si era de eso, me operaron de amígdalas (“lo recuerdo de manera muy, muy traumática; experiencia horrible”) todo el año de médicos y de hospitales.....de ingresos y operaciones....

El inicio del dolor actual lo localiza hace 3 años aproximadamente (noviembre 2005).

Refiere que empezó un dolor paralizante, terrorífico... en las rodillas, que se irradiaba por las pantorrillas hasta llegar a los pies, y a las plantas de los pies..”me decían que era una tendinitis, pero, ¿ambas piernas?”. Luego, empecé con los hombros, y se irradiaba por los brazos, hasta invadirme las manos”.El dolor iba cambiando de localización, era errático, continuo, no desaparecía nunca, era una mezcla de sensaciones desagradables: escozor, quemazón, dolor, hormigueo, acorchamiento, rigidez....pinchazos; unas veces todo eso junto, otras veces una sensación sola, pero siempre algo molesto y desagradable y limitante”.

Después apareció el cansancio, horrible. Dice que acababa la semana agotado y no se recuperaba el fin de semana. Se levantaba ya muy, muy cansado. Comenzaron a tratarle pero no mejoraba con nada.

Le diagnostican de FM en julio de 2006

Cuando acude a la consulta en febrero de 2007 respecto al dolor dice que le duelen las rodillas, caderas, axilas, hombros, cuello, tobillos, dedos, oídos. “¿Dónde no me duele? Prácticamente me duele todo el cuerpo...y lo que entendía yo por dolor no es esto.”

El dolor está presente todo el día y por la noche interrumpe el sueño. Se agrava cuando hay cambios atmosféricos, frío o humedad. También empeora con cambios de postura, sobre todo al estar de pie un rato largo y reconoce que aumenta cuando está

preocupado, tenso o deprimido e interfiere con las actividades domésticas, laborales y sociales.

Siente alivio del dolor cuando descansa bien y puede dormir disminuyendo también cuando pasa ratos agradables o cuando está atareado. “Lo llevas de otra manera aunque no desaparece el dolor se amortigua”.

Lo describe como un dolor que te clava, pincha, escuece, quema y todo mezclado. Definiendo como horrible su intensidad.

Evaluación psicológica.

Cuando acude a la consulta de psicología se realiza una evaluación psicológica adecuada a la sintomatología que presenta.

Es fundamental el conocimiento de los aspectos psicológicos para realizar una mejor intervención psicoterapéutica pues de ese modo se conocen las áreas sobre las que hay que incidir. Sobre todo si tenemos en cuenta que la psicoterapia que se realiza es breve por la que se va a trabajar sobre focos o núcleos determinados y no sobre toda la historia o personalidad completa del sujeto.

Además de realizar una o varias entrevistas se aplican tests para completar la información recogida . También se administran con una finalidad investigadora.

Los Instrumentos de evaluación que se utilizan son:

- Entrevista semiabierta en la que se incluyen variables sociodemográficas y clínicas. Se ha elaborado un protocolo de recogida de información específico para estos pacientes. Se incluye una parte abierta en la que se concede importancia a la historia del sujeto.
- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en la versión de TEA (1982). Cuestionario autoadministrado Mide dos conceptos independientes de ansiedad: ansiedad estado (tensión, nerviosismo, preocupación) y ansiedad rasgo (tendencia a percibir las situaciones como amenazantes).
- Beck Depresión Inventory (BDI) . Cuestionario autoadministrado. Evalúa el grado de depresión.

- Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) . Es un instrumento autoaplicado para medir el impacto del SFM en la capacidad funcional y en la calidad de vida de las personas que lo presentaban.
- Escala de salud de Nottingham, mide la calidad de vida mediante la evaluación de 6 dimensiones de salud: dolor, energía, reacciones emocionales, movilidad física, sueño y aislamiento social; con una puntuación de 0 a 100, correspondiendo la puntuación más alta a una peor percepción de salud
- Test proyectivo de Rorschach. Nos va a proporcionar la información sobre las características personales y variables situacionales que determinan el comportamiento y los procesos psicológicos y psicopatológicos .
- Inventario Multiaxial de Millon (MCMI-III) . Evalúa estilo de funcionamiento y psicopatología .
- Cuestionario de satisfacción con la terapia. Es un instrumento elaborado por el equipo de trabajo para valorar diferentes aspectos de satisfacción con el tratamiento recibido.

Resultados de la evaluación psicológica basal.

Personalidad.

Test de Rorschach

Lo que más destaca es la dificultad que se observa en las relaciones interpersonales.

También se observa que dispone de menos medios psicológicos de los requeridos para hacer frente a sus disparadores internos de tensión, es decir, recibe más estimulación irritativa de lo que sus recursos psicológicos permiten...

Este hecho implica que presente dificultades en el manejo de muchas situaciones, pues sus vivencias de desvalimiento son más intensas de lo habitual, lo que provoca comportamientos muy similares a los que se manifiestan en situaciones de sobrecarga.....

Presenta una organización de personalidad más inmadura lo que provoca mayor vulnerabilidad ante aumento de tensión y aumento de problemas de control.

Se observa un hipercontrol emocional, es decir, internaliza en exceso descargar e intercambiar contenidos afectivos que deberían ser externalizados, con lo cual aumenta su tensión interna y se ve favorecida la derivación al cuerpo de los conflictos psíquicos.....

Imagen personal desvalorizada y generadora de una visión negativa y pesimista del entorno.

Fuertes sentimientos de desvalimiento o baja autoestima que pueden facilitar la presencia de depresiones secundarias a la comprobación repetida de la propia ineficacia. Se observan rasgos de personalidad perfeccionistas y meticulosos y un tono pesimista que tiñe toda la ideación del sujeto. Este pesimismo generalizado también puede favorecer los estados depresivos.

Psicopatología

Millon

Trastorno de ansiedad .

No se observa ningún trastorno de personalidad

Cuestionarios autoaplicados.

Presenta niveles de ansiedad patológicos tanto en estado como en rasgo según el STAI (centiles 97 y 99)

Depresión moderada según BDI (puntuación 28)

Calidad de vida y estado general de salud.

Impacto de la FM en la calidad de vida FIQ severo (puntuación total 82,99) siendo las escalas más afectadas percepción subjetiva del dolor, interferencia en el trabajo, cansancio e intensidad del dolor.

El estado de salud general según el Nottingham es severo (puntuación total 27 (71,05%) siendo las escalas más afectadas dolor, nivel de energía y trastornos del sueño.

Diagnóstico. DSM-IV

Eje I. Depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada

Eje II. No trastorno de personalidad. Rasgos perfeccionistas y meticulosos. Dificultad para exteriorizar sentimientos. Rasgos alexitímicos.

Eje III. Fibromialgia.

EjeIV. Problemas psicosociales y ambientales en infancia y adolescencia relativos al grupo primario de apoyo: trastorno bipolar de la madre. Problemas laborales en el año previo al inicio del tratamiento

Eje V. Evaluación de la actividad global.. Síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (puntuación 50-41)

Tratamiento

El tratamiento es interdisciplinar. Reumatológico, psiquiátrico , psicológico.

Tratamiento farmacológico:

Psiquiatría. Tratamiento psicofarmacológico

Rexer (Mirtazapina)30 mgs/día,

Asociandose otro tto ATD: Xeristar (Duloxetina), a dosis de 60 mgs/día

BZD:Idalprem(lorazepam) 5mgs/día.

Reumatología

Lyrica (pregabalina) 150mg día 1-0-1.

Tratamiento psicológico

Psicoterapia grupal.

Sigue tratamiento psicológico grupal durante un año recibiendo un total de 17 sesiones. Dicho tratamiento está dividido en dos períodos diferenciados: una primera intervención que consiste en 12 sesiones con una frecuencia semanal, de una hora y media de duración . En cada sesión se incluye **psicoeducación** pues los niveles de información más elevados respecto a la enfermedad sugieren un mejor pronóstico; **aprendizaje de estrategias y técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor** (relajación, desfocalización, reestructuración cognitiva) y **psicoterapia de orientación psicodinámica** cuyo objetivo es detectar los conflictos subyacentes, actuales y pasados, para resolverlos y que no se expresen a través del cuerpo o intensifique los síntomas.

Los grupos están **coordinados con Técnica de Grupo Operativo** incluyendo un coordinador o terapeuta y un coterapeuta encargado de la psicoeducación y lectura de emergentes quince minutos antes de la finalización de cada sesión.

Seis meses después de haber finalizado esta primera intervención grupal se realizan otras cinco sesiones con una frecuencia y duración iguales a las anteriores pero dedicadas exclusivamente a psicoterapia de orientación psicodinámica. Los integrantes del grupo son los mismos. Se mantiene la misma persona en la coordinación del grupo y el coterapeuta es diferente encargándose de la función de lectura de emergentes. A los seis meses tras haber finalizado se realizan otras cinco sesiones de psicoterapia de grupo. Incluyendo el tratamiento completo 22 sesiones.

Se ha elegido este encuadre para poder ampliar el número de sesiones y que sea superior a las doce iniciales pero dejando un tiempo para poder incluir en otros grupos a los pacientes nuevos y que la lista de espera no se dispare. Seis meses entre un tratamiento y otro porque es el tiempo en el que parece extinguirse los efectos de una psicoterapia breve.

Algunos aspectos psicológicos que se han abordado en la psicoterapia han sido:

La adaptación a la enfermedad y las repercusiones emocionales, sociales, laborales y económicas de la misma.

El paciente se centra mucho en las consecuencias psicológicas de tener la enfermedad. Sobre todo se queja constantemente de la incomprensión de los demás y en la repercusión que tiene en su vida familiar...

La insistente queja de la incomprensión que su enfermedad genera en los demás se aborda desde una perspectiva actual y consciente a través del aprendizaje de estrategias de afrontamiento y comunicación.

Pero, a la vez, se va a relacionar esta queja con aspectos importantes de su historia, los sentimientos que la no-comprensión de la enfermedad de su madre le generaba a él, a su familia y a su entorno.

Algunas de las quejas actuales, que tanto sufrimiento le producen, parecen tener resonancias más arcaicas.

Podemos imaginar cómo se podía sentir un niño ante la enfermedad de la madre, que no se sabía bien qué era, que no comprendía y era impredecible en su aparición, que generaba rechazo, desconcierto e incomprensión...

Algunas de las cosas y sentimientos que refiere en la actualidad remiten a sentimientos y situaciones dolorosas de su infancia y la enfermedad de la madre “Me sentía solo con ese sufrimiento. Igual que ahora. Es parecido; impotencia, incomprensión”.

Poder abordar estos sentimientos y ayudar al paciente a que elabore cuestiones de las que no había hablado de su infancia permite abordar la incomprensión de la FM le genera.

Es importante que pueda compartir experiencias y sentimientos que no compartió cuando era pequeño (en casa todos estaban igual y tanto la enfermedad como el medio en el que vivían no eran los más adecuados para ello)... pues probablemente esta situación ha ido contribuyendo, reforzando o generalizándose a otras situaciones (no contar) y poder hablar de lo que no habló le va a ayudar a manejar mejor otras situaciones actuales.

Sentirse comprendido así como comprender y poner palabras a situaciones y sentimientos de los que nunca había hablado es terapéutico para enfrentarse a las dificultades actuales.

“Adaptación , es la palabra clave. Acostumbrarse no es adaptarse. Adaptarse es aceptar, intentar llevar la vida lo mejor posible”.

Otro tema que le preocupa y del que se queja continuamente es el **de las consecuencias que tienen en él mismo el no poder hacer las cosas que hacía antes.**

Por ejemplo respecto a la situación laboral. Como hemos dicho, cuando acude a consulta se encuentra de baja y le angustia mucho pensar que no puede realizar el trabajo actual por los síntomas que tiene y que si no consigue otro trabajo o le adaptan el actual no va a tener dinero para cuidar de su familia.

La impotencia que esta situación le produce también se aborda desde una perspectiva psicodinámica

¿No era así (impotente) cómo se sentía ante las crisis o intentos de suicidio de la madre?. Durante muchos años y con consecuencias muy dolorosas para todos.

La repercusión de la enfermedad en las relaciones interpersonales:

Mi mujer, sí me lo ha dicho: "Sé que te encuentras mal. Yo, no te he dicho nada, pero con esos gestos, lo manifiestas todo el día". A ella, eso, le causa impotencia. Yo, también me siento mal por verte sufrir.

El hecho de que la psicoterapia sea en grupo facilita la resolución de los conflictos en las relaciones interpersonales.

De hecho, una de las críticas que el paciente hace al grupo es la influencia negativa que el pesimismo y la continua queja de los integrantes tienen en los demás. Pero eso le permite observar las consecuencias que su actitud tiene en su propio medio. "Hace un año. Ni hablaba con mis hijos. Totalmente anulado como persona. Lo que he empezado a hacer es desdramatizar la situación con mis hijos. Me ha costado. A ellos también les cuesta. El problema, es mío, pero, en parte, también es suyo; lo sufren".

Importancia de asumir las limitaciones y pedir ayuda.

Reconoce que al principio no aceptaba la ayuda de los psiquiatras ni psicólogos, en la actualidad, sin embargo, dice que hay que pedir ayuda, y dejarse ayudar. Es importante reconocerlo.

"Nosotros, somos así. Tendemos a hacer las cosas bastante mejor que el resto de la gente. Por exigencia, o por lo que sea. Yo, me obligo mucho. Cuando hay un problema, lo tengo que resolver yo".

Pedir ayuda, dejarse ayudar en el grupo, compartir con los demás son cosas que va incorporando y que son fundamentales ante el afrontamiento de una enfermedad crónica, tan limitante como es la FM. De pequeño no tenía ayuda pero ahora sí puede tenerla.... De pequeño se acostumbró a resolverlo todo él y ha continuado en ese papel. Por eso, también, le cuesta tanto aceptar las limitaciones de la enfermedad.

Es necesario expresar los sentimientos.

De pequeño no podía expresar lo que sentía por lo doloroso, intenso, traumático y duradero de la situación. "Estar en tu casa y tener la presión de no saber qué iba a pasar. Mi padre angustiado, sin saber qué hacer. Siempre he llorado para adentro, no para afuera. Lágrimas para adentro!!! Me sentía solo con ese sufrimiento. Igual que ahora. Es parecido; impotencia, incompreensión"

Probablemente ese modo de manejar lo psicológico, interiorizándolo y no expresándolo es lo que genera esa percepción de tensión interna que sobrepasa las capacidades psicológicas de afrontamiento y que aparece en el test de Rorschach.

Repercusiones de su infancia en su personalidad y forma de enfrentarse a las situaciones.

"Todos tenemos ese sentimiento de culpa de relacionar nuestro carácter con el proceso de la propia enfermedad. El cúmulo de tensiones que hemos tenido durante la vida, han hecho que seamos así"

Valoración de la psicoterapia grupal:

Aceptación de lo psicológico como una parte más del tratamiento.

La identificación con los demás le ha proporcionado Consuelo.

Parar, pensar, analizar, reflexionar, y sobre todo: aplicarlo.

Lo entrelazados que están el pensamiento y la emoción

Disminuye la suspicacia con los demás.

Reconoce que cuesta aplicarlo, supone un esfuerzo y a veces es muy duro y doloroso.

Algunos contenidos que ha puesto en práctica son: La relajación, la valoración de pequeños objetivos, el autoanálisis, el manejo del dolor en la vida cotidiana, he aprendido a decir no

"La desfocalización, el ejercicio físico, la autoaceptación, el manejo del dolor... son técnicas que en su conjunto me han aportado un plus para afrontar esta enfermedad"

Está contento con la evolución del grupo aunque valora de manera negativa la influencia que algunos integrantes con su negatividad tienen sobre los demás.

“He aplicado las técnicas y las vivencias aprendidas en fortalecerme mentalmente.. Cuanto más fuerte estés en el aspecto mental, mejor puedes afrontar todo lo que día a día te recuerda que eres un enfermo crónico”

En general ha aplicado varias técnicas de la terapia grupal: aceptación de sus limitaciones y, por lo tanto, ajustar su vida a su nuevo ritmo. Hacer partícipe a su familia de sus nuevas limitaciones

Evolución.

El paciente reconoce una mejoría llamativa del sueño con un descanso continuo durante 5-6 horas , más 1 hora de siesta de un sueño mantenido profundo y reparador.

Niega síntomas de ansiedad, así como una mejoría muy llamativa en el estado anímico . Después de 1,5años de iniciar el tratamiento (psicoterapéutico y psicofarmacológico) , refiere una mejoría global franca en todos los ámbitos de su vida, así como en cada uno de los síntomas descritos en la Exploración psicopatológica.

A fecha de hoy, el paciente mantiene la mejoría referida.

Los resultados de los cuestionarios y escalas aplicados antes y después de la psicoterapia grupal son:

Pre-intervención grupal

Presenta niveles de ansiedad patológicos tanto en estado como en rasgo según el STAI (centiles 97 y 99) Depresión moderada según BDI (puntuación 28) y un impacto de la FM en la calidad de vida FIQ severo (puntuación total 82,99) siendo las escalas más afectadas percepción subjetiva del dolor, interferencia en el trabajo, cansancio intensidad del dolor. El estado de salud general según el Nottingham es severo (puntuación total 27 (71,05%) siendo las escalas más afectadas dolor, nivel de energía y trastornos del sueño.

Después de la primera intervención de 17 sesiones:

Disminuye niveles de ansiedad estado y rasgo (centil 89y 80) (figura 1), depresión (puntuación 14) (figura 2) considerándose esta puntuación según el BDI como ausencia de depresión Impacto de la FM en la calidad de vida FIQ. Total 68,66(moderado) y el estado de salud general Nottingham (60,52%) (figura 3)

Figura 1. Disminución de niveles de ansiedad tras el tratamiento psicoterapéutico grupal según cuestionario de ansiedad STAI.

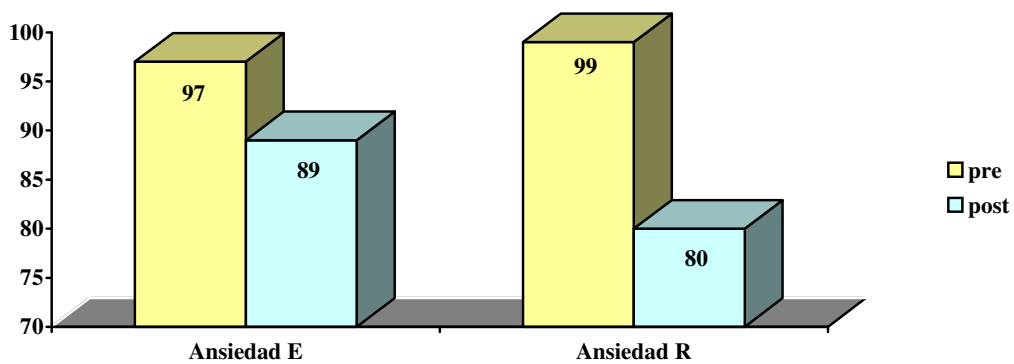


Figura 2. Disminución de niveles de depresión tras el tratamiento psicoterapéutico grupal según cuestionario de depresión de Beck (BDI)

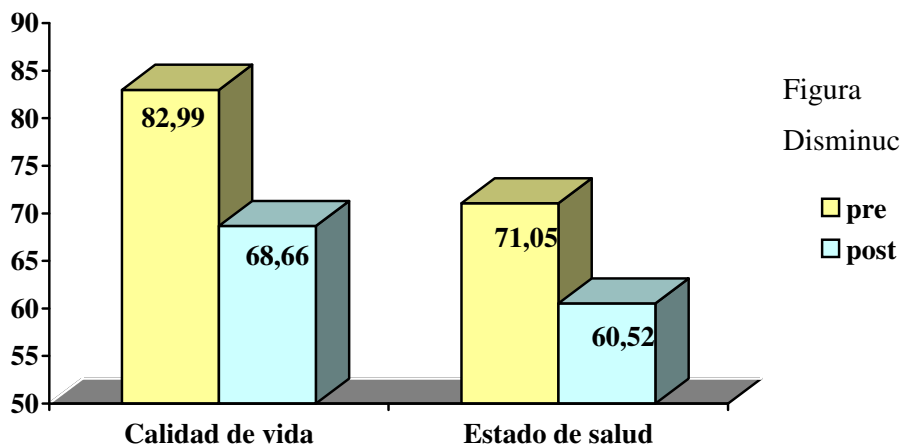
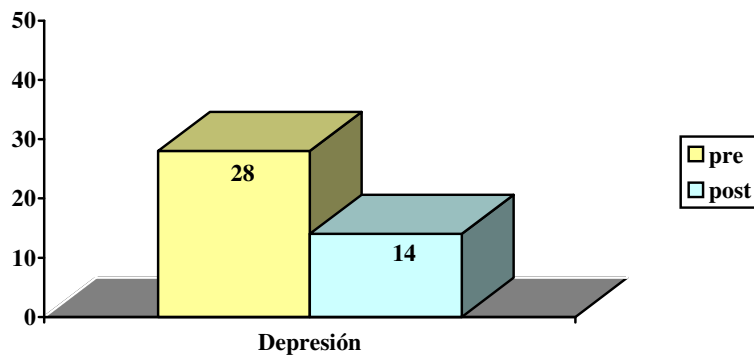


Figura 3. Disminución de

pre
post

impacto en calidad de vida valorados a través del FIQ (la puntuación más alta indica mayor afectación de la FM en la calidad de vida) y estado de salud general a través del Nottingham.

Es importante destacar que disminuyen todas las escalas con una relevancia clínica pues las puntuaciones son mucho menos elevadas. No aparece depresión según BDI y el paciente se ha incorporado al trabajo.

A modo de conclusión.

Volviendo al título de la sesión cabe destacar la complejidad del caso, en el que diferentes factores (físicos, sociales, psicológicos) se interrelacionan, contribuyendo probablemente, a la aparición de la sintomatología dolorosa y el cansancio que invade la vida del paciente.

Una infancia dolorosa, muy dolorosa y agotadora. Una infancia en la que tiene que hacerse cargo de responsabilidades impropias de un niño y en la que los sentimientos de impotencia, soledad, angustia, miedo están presentes de manera permanente. Sentimientos que no puede compartir pues así se encontraba todo el núcleo familiar pero que tampoco puede expresar (a diferencia de su hermano) y que va internalizando permaneciendo con él.

Dice que siempre ha tenido dolor (siempre ha tenido dolor...emocional) pero recuerda una fecha, a los 9-10 años aproximadamente donde los síntomas físicos son más intensos (migrañas.....) y rastreando qué pudo pasar observamos que es el tiempo en el que nació su hermano muerto , podemos pensar que su madre durante ese tiempo estuvo peor.

Expresión somática de sufrimiento psíquico.

Estructuración de una personalidad en la que no expresa, se hace responsable, madura antes de tiempo, no pide ayuda.

Y en este desarrollo habla de identificaciones: con su padre en las enfermedades y síntomas físicos y con su madre en el carácter.

Podríamos pensar que todas estas circunstancias han generado cierta vulnerabilidad para la expresión de síntomas, *aspectos que no se han podido elaborar psicológicamente y*

que, probablemente asociados a otras circunstancias y situaciones de riesgo, han podido precipitar la sintomatología que presenta

Recordemos que antes de la aparición del dolor hace 3 años se encontraba realizando un trabajo que suponía un gran estrés físico , tenía dificultades y conflictos serios con su jefe, se asustó cuando comenzaron los síntomas y se identificó con su padre pensando que tenía la misma enfermedad... y tres meses antes de que sitúe el inicio del dolor a su padre le tuvieron que colocar dos bypass porque tuvo problemas serios de corazón.

Por todo ello es importante abordar lo que en la actualidad le pasa al sujeto sin dejar de lado su historia y las resonancias de la misma.

Querría terminar con una palabras del paciente en una sesión de psicoterapia:

“Hay otras alternativas. Salir adelante, por ti mismo, dejando esos lastres atrás”

Madrid, 30-10-2008