

ENCUENTROS EN PSICOSOMÁTICA

SESIÓN del jueves 30 de octubre de 2008 en el I. Colegio Médico de Madrid (Aula Teófilo Hernando).

Caso clínico:

“VARÓN CON FIBROMIALGIA: INTERRELACIÓN DE FACTORES”

Moderador:

Dr. Manuel Alvarez Romero
Medico Internista. Secretario de la SEMP. Sevilla

Ponente:

Dra. Victoria de Felipe García-Bardón. Psicóloga Clínica. Hospital General Universitario de Guadalajara

Discusor 1:

Dra. Belén Castel Bernal. Médico Psiquiatra. Hospital General Universitario de Guadalajara.

Discursor 2:

Dra. Belén Alonso Álvarez. Medico Adjunto de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Ramón y Cajal. Madrid. (En colaboración con la Dra. Blanca Palomino, Médico Adjunto de la misma Unidad)

I MODERADOR:

Dr. Manuel Alvarez Romero

Medico Internista. Secretario de la SEMP. Sevilla

Tras agradecer la hospitalidad al I. Colegio de Médicos y congratularse por la continuidad de estos Encuentros, presentó a los ponentes y discusores. Destacó la complejidad del tema y la singularidad del caso, en razón del sexo masculino del paciente.

II RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Ponente: Dra. Victoria de Felipe García-Bardón.

Psicóloga Clínica. Hospital General Universitario de Guadalajara

- ANEXO I

III DISCUSOR I:

Dra. Belén Castel Bernal. Médico Psiquiatra.

Hospital General Universitario de Guadalajara.

- ANEXO II

IV DISCUSOR I:

Dra. Belén Alonso Alvarez. Médico Adjunto de la Unidad de Rehabilitación del Hospital Ramón y Cajal. Madrid. (En colaboración con la Dra. Blanca Palomino, Médico Adjunto de la misma Unidad).

- ANEXO III

V DISCUSIÓN DEL CASO:

Abrió el debate el Moderador Dr. Alvarez Romero, que sugirió diversos ámbitos de discusión en torno al concepto, la etiología y el tratamiento de la fibromialgia.

Carmen Alonso. Psicóloga:

Plantea la pregunta sobre el modo de trabajar con estos pacientes en grupos abiertos o cerrados.

Felipe Rellero. Médico:

Desde mi experiencia como médico de familia, esta enfermedad afecta sobre todo a auxiliares clínicos, personal de limpieza,... y me planteo el porqué afecta a estos profesionales. Pienso que la respuesta podría ser porque supone esfuerzo físico o porque antes ya existía inestabilidad emocional y, por esa u otras razones, no pudieron llegar a otros estudios o profesiones que hubieran podido alcanzar por su nivel intelectual. También me planteo cómo reacciona el paciente-varón hoy, frente a tantas mujeres en la terapia de grupo del tipo de la presentada hoy?

Belén Alonso:

Relacionamos la enfermedad con un esfuerzo físico, porque el cuerpo también se sobrecarga y además en estos pacientes hay un alto porcentaje de comorbilidad reumatológica: hernias discales, artritis reumatoide, artrosis.

El paciente que hemos presentado es el presidente de la asociación de pacientes de FM de Guadalajara, tiene claro que lo importante no es reivindicar sino contar con la ayuda médica.

Victoria de Felipe.

Este paciente ha canalizado todo lo que tenía de su patología en la asociación de pacientes de FM.

Pilar Fernández. Reumatóloga:

Al disminuir el umbral del dolor mejora el cuadro clínico. Hace referencia a 200 pacientes actuales, que estudia, con comorbilidad frecuente que hay que tratar.

Concha Tirex. Psicóloga Clínica:

Plantea que si se tuviera disponibilidad de tiempo cual sería el tratamiento ideal. ¿22 sesiones y como serían administradas? ¿12 sesiones, dejar pasar cinco meses y luego 5 sesiones y más adelante otras cinco?

Victoria de Felipe:

El ritmo de sesiones que se han seguido ha resultado eficaz, pero se están planteando probar otro encuadre: 12 sesiones, dejar pasar un tiempo y después las otras 10 sesiones seguidas, aunque reconoce que hay pacientes a los que este tiempo resulta insuficiente.

Francisco Martínez López. Médico Internista:

Mostró una visión biográfica de la FM uniendo problemas y afirmando que en la interpretación del Rochard sigue a Pierre Marty. En estos pacientes no hay capacidad para la simbolización porque son enfermos psicósomáticos. Reconoce que personalmente ve, sobretodo, pacientes con FM que le envían los abogados para valoración de incapacidad. Duda si la FM es una enfermedad o un síndrome, y sí afirma que siempre hay depresión. Además, piensa que podríamos hablar de depresión somatizada en la que la FM sería un síntoma.

Victoria de Felipe:

En el test de Rochard se ve que son pacientes que no pueden exteriorizar sus sentimientos. Los pacientes con FM tienen distintas estructuras, no todos son psicósomáticos, ni todos histéricos,.... y la psicoterapia dinámica ayuda a valorar los sentimientos.

F. Martínez Lopez:

¿Habéis considerado la depresión de renta como posible situación etiológica?

Belén Alonso:

En todas las patologías hay neurosis de renta y en estos pacientes hay que intentar evitar la incapacidad. Estos pacientes, a veces, se sienten liberados con la incapacidad pero también tienen sentimientos de inutilidad y se crean sentimientos ambivalentes.

Es como una depresión somatizada: ánimo triste, dolor,...hay solapamiento de síntomas.

Los mismos enfermos se plantean al saber lo que es una depresión, si lo suyo es depresión.

Eduardo García-Camba. Psiquiatra:

En el Hospital de la Princesa tenemos un programa de FM de orientación cognitivo-conductual, con técnicas de relajación y orientación sanitaria, se trabaja con grupos cerrados desde hace muchos años.

Cada vez tenemos menos claro lo que es la FM. Considero que la FM es un cajón de sastre, un trastorno por dolor somatomorfo, cuadro depresivo, enfermo psicossomático, enfermo reumatológico con dolor.

Los reumatólogos son muy críticos y hay jefes de servicio que no creen en la FM. No está nada claro. En unos estudios se han encontrado unos hallazgos de una alteración talámica en la RNM, pero no hay una metodología rigurosa de investigación.

Las asociaciones de pacientes con FM ejercen una presión económica, y se han buscado una insignia la "mosca cojonera" diseñada por Ágata para recordar a la sociedad su enfermedad.

Un editorial de Journal refiere que la FM es una medicalización de la miseria humana.

Considero yatrogenia poner el diagnóstico de FM y por eso procuro no etiquetar.

Carlos Mingote. Psiquiatra:

Estamos en el límite entre la enfermedad somática y la enfermedad psíquica, hay una complejidad de diagnóstico. La FM es una forma de somatizar, de legitimar un dolor, malestar no elaborado adecuadamente. El enfermo debe estar en un encuadre constructivo y no reivindicativo, así no es querulante o agresivo, se pone agresivo al no ser contenidos o acogidos, no hay histeria, ni neurosis de renta. Nosotros hablamos del patrón de conducta F: fémica, FM, fortaleza, por ser tan esforzados se exponen a tanto sufrimiento.

Carmen Alonso. Psicóloga:

Estoy de acuerdo con Carlos Mingote y no con el Dr. García- Camba.

Eduardo García-Camba. Psiquiatra:

No sabemos casi nada y se acaba dando un mensaje negativo al paciente.

Carmen Alonso. Psicóloga:

Se ha dicho que se trabaja con grupos cerrados de patologías. Podría ser enriquecedor trabajar con grupos heterogéneos. Por ejemplo en oncología se trabaja mejor con grupos mixtos.

Victoria de Felipe:

Estoy de acuerdo. Trabajamos con dos tipos de pacientes: FM y TCA pero, por ahora, no podemos hacerlo de otra manera.

Renat. Médico:

No es, la FM, una enfermedad reumática, no la sé tratar, derivamos a psiquiatría, Podemos hacerles daño si no existe tratamiento y también hacemos daño con la simple etiqueta del diagnóstico.

Alvarez Romero. Médico internista:

Viene a cuento recordar el concepto de compensación de la enfermedad como posibilidad en tantísimos procesos, descartando los extremos de curación definitiva o aceptación sin más. "Me han enseñado a llevar la enfermedad" dicen muchos pacientes de FM como de Diabetes, H.A., de Dislipemia, etc.

Ivonne Arigita. Psicóloga:

Al existir un porcentaje mayor de mujeres, me planteo ¿es enfermedad de mujeres o de patrón femenino? En el caso concreto de hoy vemos una cierta inversión de roles, no se le ha reconocido con nitidez y personalidad casi nunca.

Belén Alonso:

Debemos procurar ciertos cuidados paliativos legítimos para su malestar general, actitud de escucha, etc.

Eduardo García-Camba. Psiquiatra:

En resumen deberíamos personalizar pacientes más que hablar de enfermedad.

F. Martínez López:

El niño, de la historia clínica de hoy, no recibió apenas nada de su figura materna. En la FM, compensa recibiendo cuidado que es lo que le faltó.

Soy defensor de la Medicina Psicosomática. Estoy encantado de estar en esta sesión. Es muy encomiable la existencia de Sociedades interdisciplinarias tales como la de Dermatología-Psiquiatría.

Manuel Álvarez:

El niño vive de un modo concreto lo que le llega, elabora una personalidad particular que puede ser patológica o patógena. En esos casos se ha de reelaborar la vivencia nociva. Es lo que Rof Carballo describió magistralmente con el nombre de Reprogresión curativa.

Madrid 30-10-2008

VI TEXTO COMPLEMENTARIO:

DECÁLOGO CONTRA LA FIBROMIALGIA

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ofrece a los afectados por fibromialgia el presente decálogo de consejos, que ha diseñado y elaborado el Dr. Francisco Javier Ballina García, vicepresidente de la SER.

La fibromialgia es un trastorno muy común que afecta, según el estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología, a una cifra entre el 2% y el 4% de la población española. Esto supone, en nuestro país, más de un millón de personas enfermas mayores de 18 años de los cuales, la mayoría de los afectados son mujeres (90%).

La fibromialgia se caracteriza por la presencia de un intenso dolor generalizado crónico, una fatiga que no mejora con el reposo, insomnio y otros síntomas, como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión entre otras. Un aspecto muy frustrante para los pacientes es que, a pesar de tanta sintomatología, ni los análisis ni las radiografías muestran datos de que exista algo que funcione mal en el organismo.

El tratamiento actual del que se dispone, tampoco es completamente satisfactorio. Al ignorarse cuál es la causa de la enfermedad, se desconoce cuál es exactamente el trastorno al que las terapéuticas deben dirigirse. Con todo, la fibromialgia es una enfermedad que puede controlarse. La Sociedad Española de

Reumatología, constituida por los médicos españoles expertos en las enfermedades del aparato locomotor, emite este decálogo de consejos, en la esperanza de que sean útiles a aquellas personas que padecen esta enfermedad.

Afecta a más de un millón de personas enfermas mayores de 18 años en nuestro país.

1) APRENDA A CONVIVIR CON SU DOLOR

No hay recetas ni píldoras mágicas para la fibromialgia y el dolor crónico. Por ello, el primer paso para controlarlo es asumir que el dolor puede persistir para siempre y que, por tanto, en adelante, va a formar parte de nuestra vida. Cuando se asume el dolor, se aprende a reconocerlo y a saber lo que lo mejora o empeora, y estamos entonces en situación de buscar soluciones y de volver a disfrutar de la vida.

2) CONTROLE SUS EMOCIONES

Muchas personas con esta enfermedad desarrollan sentimientos negativos que antes no presentaban y que les hacen convertirse en una persona diferente. Los sentimientos negativos más frecuentes en las personas con fibromialgia son enfado e ira, depresión, frustración, sensación de fracaso, culpa y vergüenza. Debe aprender a controlarlos para que no se cronifiquen y se conviertan en un problema añadido. Reconozca todo lo positivo que le sucede en la vida: a pesar del dolor no es un incapacitado y puede hacer muchas más cosas de las que piensa.

3) CONTROLE SU ESTRÉS

El estrés es, básicamente, la respuesta del organismo cuando afrontamos un peligro y nos preparamos para luchar o para huir. La mejor manera de combatir este estrés perjudicial es, en primer lugar, reconociendo cuál es la causa del nuestro, y evitando las situaciones que lo favorezcan. También es útil organizar y planificar nuestras actividades diarias, y dedicar diariamente tiempo a la relajación. Esta se practica siguiendo determinadas técnicas -como la respiración profunda o la relajación muscular- que pueden aprenderse con un corto entrenamiento.

4) EVITE LA FATIGA

Tan negativo es permanecer en inactividad, como realizar un número excesivo de tareas. No intente ser un perfeccionista; planee sus obligaciones, y elimine o delegue aquellas que no sean estrictamente necesarias. Intercale periodos de descanso entre los de actividad, y haga sus tareas a un ritmo que usted pueda controlar.

5) HAGA EJERCICIO

Posiblemente es el aspecto terapéutico más importante para el tratamiento de la fibromialgia. El ejercicio no sólo mantiene en forma los músculos y pone a punto el sistema cardiovascular, sino que disminuye el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión. Caminar, correr, andar en bicicleta o bailar, son ejercicios aeróbicos que favorecen el control de la enfermedad. Comience a realizar el ejercicio de una forma suave y vaya progresivamente incrementando su intensidad y duración, hasta realizarlo de 20 a 40 minutos, como mínimo 3 días a la semana. Al principio es posible que su dolor se incremente, pero progresivamente irá disminuyendo.

6) RELACIONÉSE CON LOS DEMÁS

Todos sabemos cómo alivia nuestras preocupaciones la conversación con los amigos y compañeros. Cuente a los demás lo que le pasa y cómo no puede hacer siempre las cosas que hacía antes, pero evite que la comunicación se centre continuamente en su dolor

7) PROTEJA SU SALUD

La depresión que puede acarrear el dolor crónico determina que se abandonen los buenos hábitos de salud. El tabaco, nocivo para cualquier aspecto de la salud, es también un excitante del sistema nervioso que hace más difícil el control del dolor. Lo mismo sucede con la cafeína y el exceso de alcohol, el cual puede además interferir con la medicación. Vigile su peso, y haga ejercicio para mantenerse en forma

8) USE CON PRECAUCIÓN LOS MEDICAMENTOS

Muchos de los síntomas de la fibromialgia mejoran con medicación. Los analgésicos y los antiinflamatorios, que tan eficaces resultan en el dolor agudo, no funcionan tan bien en el dolor crónico de la fibromialgia, aunque son útiles en muchos pacientes. Existen analgésicos más potentes, denominados opiáceos, que pueden ser empleados en la fibromialgia, siempre que los recomiende un médico experto en su empleo. Otros fármacos, como los anticonvulsivantes y los antidepresivos también pueden disminuir el dolor. Existen medicamentos que pueden mejorar el sueño, los trastornos psicológicos, las molestias intestinales, etc...pero, lo más importante es que la persona que padece esta enfermedad evite el automedicarse, y se ponga en manos de un

médico experto en el tratamiento del dolor crónico y en el uso de las medicaciones anteriormente mencionadas.

9) USE CON PRECAUCIÓN LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS

Como con frecuencia los medicamentos tienen un resultado solamente parcial, es habitual que muchos enfermos busquen soluciones en las terapias alternativas. Algunas de estas terapias mejoran el dolor y pueden favorecer el control de estrés, como el yoga, la acupuntura, quiropraxis, masaje, Tai-Chi, homeopatía... La medicina alternativa puede ser cara, y no está regulada por las guías médicas. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual. Desconfíe si le prometen curación, si le recomiendan que abandone la terapia con medicinas, o si le dicen que el tratamiento es un secreto y solo puede ser administrado por ciertos proveedores.

10) SEA CONSTANTE:

La paciencia es una virtud importante; conseguir resultados puede tardar algún tiempo. No lo eche todo a perder porque tenga un "día malo". Aunque haya conseguido estabilizar su enfermedad, los "días malos" inevitablemente aparecerán y debe estar preparado para afrontarlos. En esos días, salga de casa y relaciónese con los demás, mantenga sus compromisos habituales y procure dedicar más tiempo a relajarse. Mantener con regularidad los consejos que le hemos dado anteriormente es la mejor forma de seguir controlando su enfermedad.

Madrid, 30-10-2008