



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y FIBROMIALGIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JOEL HERRERA CHÁVEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. CLAUDIA BEGOÑA INFANTE CASTAÑEDA

REVISORES DE TESIS:

MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO

DRA. CLAUDETTE DUDET LIONS

MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Este trabajo representa la culminación de un proceso que define mi carrera profesional y refrenda mi compromiso con ella.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi asesora de tesis la Dra. Claudia Begoña Infante Castañeda por todo el apoyo, enseñanzas, paciencia y confianza depositada en mí durante el trabajo. A la Dra. María Isabel Barrera Villalpando por haberme invitado a trabajar en su proyecto de investigación, por su apoyo sensibilización y gran calidad humana y cada una de las pacientes que hicieron posible la realización de este trabajo.

Al jurado calificador, Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo, Mtro. Sotero Moreno Camacho, Dra. Claudette Dudet Lions y Mtra. Laura Somarriba Rocha, por las observaciones, retroalimentaciones y aportes que ayudaron a mejorar este trabajo de investigación.

A la Dra. María Elena Medina Mora Icaza Directora General del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz” por el apoyo a proyectos de investigación que contribuyen a resolver padecimientos complejos como la fibromialgia.

A las personas más importantes de mi vida, mi familia y en especial a mis padres Gloria y Joel por acompañarme en este proceso formativo, por todo el amor, paciencia, confianza y enseñanzas, les dedico este trabajo.

Entrevista psicológica y fibromialgia

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Aproximaciones teóricas y componentes de la enfermedad	12
1.1 Características reumatológicas	12
1.2 Los trastornos de sueño	16
1.3 Alteraciones cognitivas	18
1.4 Comorbilidades en la fibromialgia	19
1.5 Asociación con trastornos afectivos	20
Capítulo 2. Características y rasgos psicológicos de la paciente con fibromialgia	23
2.1 La vulnerabilidad psicológica	23
2.2 Los rasgos de la personalidad	24
2.3 Cambios de conductas	24
2.4 Afrontamiento de la enfermedad	25
2.4.1 Técnicas de afrontamiento	25
2.4.2 Apoyo social	26
Capítulo 3. Influencia del contexto social en la paciente con fibromialgia	28
3.1 Repercusiones de la dinámica familiar en la paciente con fibromialgia	28
3.2 Redes sociales	30
3.3 Relaciones laborales	30
Capítulo 4. Búsqueda de ayuda y utilización de servicios de salud	31
4.1 Usuarios de los servicios de salud	32
4.2 Primera visita médica	32
4.3 Atención y tratamiento de la enfermedad	33
4.4 Atención reumatológica	33
4.4.1 Elaboración del diagnóstico sus dificultades y tratamiento	33

4.5 Herramientas reumatológicas empleadas en el estudio del Síndrome de Fibromialgia	39
4.6 Atención psiquiátrica y psicológica del Síndrome de Fibromialgia	41
4.7 Tratamiento psiquiátrico de la enfermedad	42
4.8 Tratamiento psicológico y alternativo de la enfermedad	42
4.9 Herramientas empleadas por la psiquiatría y psicología para el estudio del Síndrome de Fibromialgia	43
Capítulo 5. La entrevista objetivos y modalidades	45
5.1 Tipos de entrevista	46
5.1.1 Entrevista médica:	47
5.1.1.2 Objetivos y características	47
5.2 Entrevista clínica psicológica y psiquiátrica	52
5.2.1 La entrevista médica /psiquiátrica	53
5.2.2. La entrevista psicológica	53
5.2.2.1 Objetivos y características	54
6.- Método	61
7.- Resultados	69
8.- Conclusiones	80
9.- Propuesta de guía de entrevista psicológica para pacientes con fibromialgia	
10.- Referencias	96
Anexo	

Resumen

El síndrome de fibromialgia (SFM) es una patología reumatológica compleja. Presenta una serie de síntomas reumatológicos como dolor crónico musculoesquelético, fatiga crónica y rigidez. Las alteraciones cognitivas así como alteraciones en los ciclos de sueño son comunes en los pacientes. Los síntomas mencionados provocan que la fibromialgia tenga una fuerte asociación con trastornos afectivos depresión y ansiedad principalmente. Además de la sintomatología descrita se manifiestan otro tipo de comorbilidades como migraña, cefaleas y síndrome de colon irritable.

El SFM ha sido reportado en todo el mundo, se calcula que entre un 3% y 6% de la población la padece. Una característica importante del síndrome es que tiene una mayor prevalencia en mujeres con una proporción de 9 a 1 en comparación con los hombres. Debido a la complejidad del síndrome su estudio ha sido abordado desde varios campos disciplinarios, principalmente la reumatología, psiquiatría y psicología. Sin embargo aun no es posible establecer y delimitar los campos de la patogenia y etiología del síndrome que permitan tratar la enfermedad de una manera eficiente. Diversos autores coinciden en que el Síndrome de Sensibilidad Central (SSC) puede tomarse como modelo de explicación una vez que tienen características y mecanismos fisiológicos comunes con la fibromialgia.

El impacto de la enfermedad en la vida de la paciente es severo, el conjunto de síntomas afecta de manera directa las esferas psicológicas: afectivas, sociales de la paciente, sumergiéndola en un estado de incapacidad físico-emocional severo y afectando la relación que tiene los familiares y personas cercanas con el paciente.

El tratamiento de la enfermedad se enfoca principalmente al control de las molestias de dolor y fatiga. Los trastornos afectivos son atendidos por la psiquiatría y psicología, además se utilizan otro tipo de tratamientos alternativos para controlar la enfermedad como el Tai-chi y el Yoga. Actualmente no se cuentan con las herramientas necesarias para un diagnóstico oportuno que permita al profesional de la salud evaluar el estado en el que el paciente llega a la consulta y así elaborar un correcto tratamiento. En este sentido se considera necesario impulsar el tratamiento psicológico con herramientas como la entrevista psicológica para comprender más sobre un padecimiento complejo que afecta severamente la vida de las personas con fibromialgia.

Introducción

El estudio del Síndrome de Fibromialgia (SFM) ha presentado un reto para la medicina de las últimas décadas. Se trata de una enfermedad de la cual se sabe poco ya que no se cuenta con una evidencia contundente sobre la etiopatogenia, desarrollo y tratamiento de la enfermedad. La fibromialgia presenta múltiples síntomas y además se asocia con una serie de comorbilidades una vez que aparece, esto disminuye notablemente la calidad de vida de las pacientes. Como resultado de una mayor participación de las personas enfermas con SFM y un mayor interés por parte de los profesionales de la salud y de los investigadores en el tema, durante las últimas décadas su estudio ha ido avanzando y la fibromialgia ha sido abordada por más de un enfoque disciplinario desde la reumatología, psiquiatría, neurología, psicología y sociología. Los nuevos avances tecnológicos de la neurología como las técnicas de imagenología han permitido comprender más sobre el comportamiento de la enfermedad (Martínez-Lavín, 2012a).

Los primeros estudios que son reconocidos por la comunidad médica surgen con la elaboración de los criterios diagnósticos en 1990 del Colegio Americano de Reumatología (ARC) bajo las investigaciones de Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier, & Goldenberg (1990). En ellos se reconoce por primera vez a la fibromialgia como un trastorno musculoesquelético crónico caracterizado por dolor generalizado, una sensibilidad al dolor en determinados sitios anatómicos (puntos sensibles) y fatiga crónica. Para confirmar el diagnóstico el dolor y la fatiga deben ser crónicos presentándose con una duración mínima de 3 meses. El dolor debe presentarse bajo la presión de 4 kg en 11

o más de los 18 puntos sensibles del dolor. Con base en estos criterios se caracteriza al dolor y la fatiga como síntomas cardinales del síndrome.

Un primer momento en el estudio del SFM puede definirse con el establecimiento de los criterios diagnósticos ya que representó un paso importante para su estudio y posibilitó la convergencia de múltiples esfuerzos como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual en 1992 define a la fibromialgia como “Un grupo de trastornos reumáticos comunes no articulares, caracterizados por dolor y rigidez de intensidad variable de los músculos, tendones y tejido blando circundante, relacionados generalmente con un cuadro depresivo” ((Morales, Mejía, & Reyes, 2010). Con esto la OMS reafirma los trabajos del Colegio Americano de Reumatología y a la vez que incluye un factor no contemplado, la asociación con trastornos psiquiátricos.

Con el reconocimiento formal de la enfermedad por parte de la OMS durante las siguientes dos décadas, médicos e investigadores de diferentes disciplinas y latitudes del mundo desarrollaron una serie de críticas y objeciones a los criterios establecidos por el ACR una vez que éstos no fueron aceptados universalmente por la sociedad médica. Esto generó un esfuerzo importante de revisión y análisis de los criterios diagnósticos. Al mismo tiempo que dio un fuerte impulso a los estudios de la enfermedad se evidenció de una forma indirecta la enorme dificultad que presentaban los médicos e investigadores por definir claramente a la fibromialgia. La objeción principal era cuestionar al dolor como la única base definitoria de los criterios diagnósticos sin considerar otros síntomas de relevancia como la fatiga crónica, el síndrome de intestino irritable, la migraña, sensibilidad a múltiples agentes químicos, trastornos del sueño, alteraciones

temporomandibulares, así como trastornos afectivos como depresión, ansiedad (Hudson, Goldenberg, Poe, Keck, & Schlesinger, 1992).

Sin embargo una de las principales dificultades para poder definir a la enfermedad era la falta de una evidencia patológica que pudiera explicar de una forma clara y precisa la sintomatología presentada así como los mecanismos por los cuales se desarrolla la enfermedad. Hoy en día esto sigue generando dificultad para la elaboración diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad para los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares (Santos, Lage, Jabur, Kaziyama, Losifescu, Lucia, Fraguas, 2011).

A partir del año 2000 las investigaciones en torno al SFM se incrementaron notablemente orientando el interés en los aspectos epidemiológicos, neurológicos, psiquiátricos y psicosociales (Boyer, Pastor, Roig, & Nieto, 2011:80). Las investigaciones continuaron enfatizando la necesidad incluir otras sintomatologías dentro de los criterios diagnósticos generando controversias.

Las controversias generadas a partir de la elaboración de los primeros diagnósticos en 1990 posibilitaron que 20 años después, en el 2010, el ACR hiciera una reclasificación en los criterios. Éste puede considerarse como un segundo momento en las investigaciones del síndrome, toda vez que no habían sido considerados y se retoman los resultados de las investigaciones elaboradas durante las últimas dos décadas.

Los nuevos síntomas incluidos en los criterios son considerados como “claves” para el entendimiento del síndrome, entre los que se encuentran la fatiga crónica, los problemas cognitivos, los trastornos de sueño, la rigidez matutina, así como una asociación con trastornos afectivos. Además se dejó de considerar el examen físico como la única

herramienta para el diagnóstico (Wolfe, & Clauw, 2010).

La inclusión de los nuevos síntomas implicó que se le diera mayor importancia a las investigaciones psicológicas, psiquiátricas y con ello se abrió un campo importante para la atención y tratamiento de la enfermedad.

Actualmente se puede definir a la fibromialgia desde un referente multidisciplinario considerándola como un síndrome reumatológico complejo, crónico y debilitante de etiología aún desconocida, caracterizada principalmente por dolor crónico musculoesquelético y fatiga crónica. Éste síndrome se acompaña comúnmente de otras comorbilidades como: fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, migraña, trastornos del sueño, alteraciones temporomandibulares así como una alta asociación con trastornos psiquiátricos y psicológicos. Perrot, Vicaut, Servant, & Ravaud (2011) describen en sus estudios que la fibromialgia encadena a la paciente bajo una serie de sintomatologías incapacitantes que paulatinamente disminuyen la capacidad física y mental de las pacientes deteriorando su calidad de vida.

Fibromialgia y su prevalencia. Como se ha descrito en el apartado anterior, el estudio de la fibromialgia ha sido reciente si se compara con el de otras enfermedades reumatológicas, dificultades para su caracterización y de elaboración de diagnósticos certeros son situaciones que han impedido tener estudios epidemiológicos confiables sobre la prevalencia de la enfermedad, los resultados varían dependiendo la población y la metodología empleada.

La fibromialgia es un síndrome que se reporta en todo el mundo, tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, en cualquier grupo étnico y cultura. Los

estudios referidos en la literatura reportan que el síndrome se presenta entre un 3% y un 6% de la población en general (National Fibromyalgia Association, s. f.). En el año 2000 Estados Unidos reportó una población de entre 3 y 6 millones de personas con este padecimiento (Sherman, Turk, & Okifuji, 2000). Recientemente Branco y colaboradores (2009) describen una prevalencia de entre el 2% al 2.7% en países europeos. En España se tiene una estimación en la misma proporción de la Comunidad Europea (Escudero, García, Prieto, Pérez, March, 2010:16). En 2011 Francia reportó una población de personas que oscila entre un .5% y 5% de la población (Perrot, Vicaut, Servant, & Ravaud, 2011). La información disponible es poca para dar cuenta de una cifra precisa sobre la prevalencia.

La fibromialgia se presenta prevalentemente en la población femenina. Los datos disponibles indican una proporción de 9 a 1 en comparación con los hombres. Debido a esta gran diferencia en la prevalencia de la enfermedad, este estudio se enfocó a una población de sexo femenino. El rango de edad en que se presenta este síndrome con más frecuencia oscila entre 20 y 50 años (Ariel, & Teitel, 2012), aunque también hay registros de casos de niños en una menor proporción (Grodman, Buskila, Arnson, Altaman, Amital, & Amital, 2011).

Etiología de la enfermedad. Una referencia importante en el estudio del SFM lo reporta Yunnus (2001) considerando que el SFM comparte muchas características y mecanismos fisiopatológicos con otras condiciones crónicas como: el síndrome de fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cefaleas tensionales, dolor miofascial, síndrome de colon irritable. Según el autor este síndrome conforma un campo más extenso de padecimientos

que recibe el nombre de Síndrome de Sensibilidad Central. Es tal la relevancia que el autor le adjudica a éste que plantea considerar a la fibromialgia como parte del SSC. En este sentido, el estudioso de la fibromialgia tendría que considerar al SSC como un referente importante para la comprensión de su etiología.

Yunnus (2001) describe a la fibromialgia como una hiper emocionalidad o hiper excitabilidad de las neuronas del Sistema Nervioso Central, en una respuesta a los estímulos periféricos. Esto desencadena un proceso de neuroplasticidad a nivel central, que da como resultado una respuesta exagerada a un estímulo doloroso o normal (hiperalgesia) con una duración superior a un estímulo corto y una respuesta de dolor ante un estímulo que habitualmente no lo generaría (alodinia). La hiperalgesia y la alodinia son características del dolor en la fibromialgia y lo diferencian de dolores presentados en otras enfermedades reumatológicas.

El mismo autor describe que las principales anomalías neuroendocrinas encontradas en el SSC son: bajos niveles de serotonina, aumento de la sustancia P en el líquido cerebro espinal, una disminución de norepinefrina así como disfunciones hormonales presentes en pacientes con fibromialgia. Una característica frecuente en el SSC es que se presenta sobre todo en mujeres, este dato se correlaciona con la prevalencia de la fibromialgia en la población femenina.

Para Yunnus y otros investigadores el enigma de la fibromialgia puede responderse mediante una disautonomía en el sistema nervioso producto del SSC. Esta disautonomía afecta principalmente 3 sistemas importantes: el sistema de respuesta al estrés, sistema inmune y los mecanismos de transmisión de dolor (Martínez-Lavín 2012b).

Por otra parte, Martínez-Lavín (2012) importante investigador mexicano del Instituto Nacional de Cardiología, enfatiza el impacto que tiene el estrés y el distrés en el desarrollo y progresión de la fibromialgia, para ello retoma las investigaciones elaboradas por Selye (1969) sobre el estrés y de Yunnus sobre el SSC.

Martínez-Lavín describe al estrés como “cualquier estímulo físico o emocional que amenaza la homeostasis y considera que tiene una función adaptativa ya que el sistema nervioso activa una serie de respuestas que ponen al organismo en un estado de alerta listo para pelear o huir”(Martínez, 2012:32). Sin embargo, enfatiza que nuestro cuerpo está expuesto a una serie de estímulos estresantes día a día provocando un distrés constante.

El distrés es descrito como “una respuesta mal adaptativa al estrés dejando un daño somático o psicológico”, el distrés tiene altos componentes emocionales manifestados por ansiedad, agotamiento y depresión. De esta forma el mismo autor propone que el SFM puede ser entendido como una pérdida en la capacidad para adaptarnos a todo tipo de estresores, las alteraciones observadas en el sistema nervioso autónomo sugieren que en la fibromialgia existe una degradación de este sistema adaptativo, traducido por una hiper excitabilidad del sistema nervioso simpático (Martínez, 2012:32)

En los años recientes varios investigadores Buskila (2009); Houdenhove, (2010), Low, & Schweinhardt, (2011) coinciden con las propuestas de Yunnus y Martínez-Lavín argumentando que el desencadenamiento de la enfermedad muchas veces está relacionado con: situaciones de estrés crónico (trabajo excesivo), experiencias dolorosas

(traumas físicos), trastornos de sueño, problemas prenatales (nacimiento prematuro), eventos traumáticos físico-emocionales y factores genéticos. La etiología del SFM es compleja y por ello se requiere de una aproximación multidisciplinaria que permita entender de manera más precisa el papel que juegan las alteraciones neuroendocrinológicas así como el impacto de estrés físico, psicológico emocional en las pacientes.

Como se ha descrito anteriormente el SFM es una patología médica compleja con una patogenia y etiología poco conocida. Un problema recurrente en los servicios de salud tiene que ver con el diagnóstico y tratamiento del síndrome: la falta de instrumentos y herramientas que permitan al profesional de la salud tener una idea clara sobre la el estado físico, psico-emocional del paciente, un deficiente dominio conceptual sobre la enfermedad provoca que muchas veces la enfermedad no tenga un diagnóstico certero dificultando su tratamiento adecuado y oportuno. Frecuentemente el tratamiento se circunscribe básicamente al farmacológico (controlar las molestias del dolor) y en un menor número de casos a los hábitos de nutrición, sueño y ejercicio. Los tratamientos psiquiátrico y psicológico se orientan a la utilización de fármacos y terapia cognitivo conductual respectivamente.

Como parte del tratamiento psicológico este trabajo propone retomar la importancia de la entrevista psicológica como el inicio de un proceso terapéutico y propiciar un mayor conocimiento sobre el impacto psicológico y social de la enfermedad, con ello generar instrumentos que permitan elaborar un diagnóstico adecuado y una atención oportuna a la paciente con fibromialgia.

Objetivo general

El propósito en esta investigación fue realizar un análisis de descriptivo de un número significativo de entrevistas clínicas obtenidas de un formato propuesto por Turk (2002). De ésta forma se contó con los elementos necesarios para proponer un formato de entrevista para las consultas psicológicas de primera vez, que facilite el diagnóstico y el tratamiento de las pacientes con SFM. Ello con el objeto de contar con instrumentos que incluyan de una forma integral los aspectos psicológicos de las pacientes contextualizados a nuestro medio.

Objetivos específicos

1. Describir los contenidos teóricos relacionados con la fibromialgia, las características reumatológicas y psicológicas que experimenta la paciente.
2. Describir los antecedentes de medición aplicados para conocer a las pacientes y la población que conforman.
3. Describir la entrevista psicológica como una modalidad de estudio profundo que posibilita un mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Revisar las diferencias entre la entrevista médica psiquiátrica y la entrevista psicológica clínica.
4. Con base en el análisis del contenido de las entrevistas psicológicas realizadas con el formato de Turk (2002), proponer un formato de entrevista psicológica que abarque los objetivos 1 y 2 e incorporar aquellas dimensiones identificadas en la

información expresada por las entrevistadas, sin importar que estos contenidos no estuvieran en la literatura ni en la guía de entrevista de Turk.

Capítulo I Aproximaciones teóricas de la fibromialgia

El estudio de la fibromialgia ha sido abordado desde diferentes campos disciplinarios: principalmente la reumatología, la neurología, la psicología y la psiquiatría. Dichas aproximaciones buscan clarificar la compleja sintomatología de la enfermedad así como mejorar el tratamiento del paciente y el impacto del padecimiento en su calidad de vida.

1.1 Características reumatológicas Desde el enfoque de la reumatología se han elaborado las primeras clasificaciones del SFM. Con base en esta disciplina, la literatura describe a la fibromialgia como una afección de dolor crónico musculoesquelético y fatiga crónica que se presenta junto a una constelación de síntomas entre los que se incluyen: rigidez matutina, la presencia de puntos hipersensibles o dolorosos, parestesias e hiperalgesia (Harris, Budd, & Gary, 2006).

El dolor y su clasificación

El dolor muscular es síntoma frecuente en las pacientes con fibromialgia. Éste abarca una zona amplia del cuerpo mal delimitada que se extiende sobre los músculos, prominencias óseas o uniones osteotendinosas. Se encuentra repartido principalmente en cara cuello, espalda, piernas, manos y pies (Escofet, 1997). Los dolores manifestados en la fibromialgia reciben el nombre de “abarticulares” ya que están situados alrededor de las articulaciones aún que éstas no se encuentren afectadas (Pros, 2003).

Para comprender la sintomatología del dolor presente en el SFM es necesario referir la definición que hace la Asociación Internacional del Estudio del Dolor

quien lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial descritas en tales términos” (Martínez-Lavín, 2012:7).

Dentro de la literatura el dolor se clasifica por su evolución en dolor agudo y crónico y por su mecanismo en nociceptivo y neuropático.

- Por su evolución Martínez-Lavín (2012a) describe al dolor agudo como un mecanismo cuya función es principalmente adaptativa ya que tiene como prioridad la defensa del cuerpo. Así el dolor se convierte en una señal de alarma útil que nos permite mantener nuestro cuerpo a salvo de cualquier agente nocivo además de buscar un remedio para aliviar el daño según sea el caso.
- El mismo autor define el dolor crónico como una pérdida de su función adaptativa ya que tiene una presencia mayor a 3 meses y se manifiesta en los 4 cuadrantes del cuerpo. Sin embargo, una de las características del dolor crónico es que se acompaña de otra sintomatología como problemas de sueño, fatiga, cansancio, insomnio y problemas cognitivos (Grodman et al., 2011). Las investigaciones epidemiológicas indican que la población con prevalencia al dolor crónico oscila entre un 5% y 10 % de la población en general. El dolor crónico tiene nueve veces más probabilidad de presentarse en mujeres que en hombres (Ruddy, Harris, Sledge, Budd, & Cergent, 2003). De esta forma el dolor crónico es un síntoma que se

presenta con diferentes grados de severidad en prácticamente todas las pacientes diagnosticadas con fibromialgia.

Por su mecanismo el dolor se divide en nociceptivo y neuropático, este último es el tipo de dolor que se presenta en la fibromialgia.

- El dolor nociceptivo se considera cuando hay un daño crónico que es reconocido por el sistema somato sensorial (Martínez-Lavín 2012).
- En el 2011 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió al dolor neuropático como “un dolor iniciado o causado por una lesión primaria o por disfunción del sistema nervioso” (Martínez-Lavín, 2012:7). Para Barzallo, & Vallejo (2008) esta definición fue útil ya que ayudó a diferenciar al dolor neuropático del dolor nociceptivo. Sin embargo, reconocen que es poco precisa al generar confusiones debido a que la sensibilidad del sistema nociceptivo es también modulada desde el Sistema Nervioso Central y es difícil distinguir la disfunción neuropática de una neuroplasticidad fisiológica. Martínez-Lavín (2012a) plantea su preocupación del énfasis que se le da al dolor como resultado del “daño” sobre la “disfunción”. El autor considera que los nuevos paradigmas científicos sugieren que en el caso del SFM el dolor es producto de una disfunción en el sistema nervioso central y no de un daño específico.

En este sentido, Martínez-Lavín (2012a) establece dos razones para abordar la fibromialgia como un síndrome de dolor neuropático.

1. La presencia de dolor crónico en ausencia de daño a la estructura que lo corrobore.
2. La presencia de parestesias, hiperalgesia y alodinia, son síntomas particulares de la fibromialgia. Las parestesias se presentan como una sensación de hormigueo y adormecimiento en algunas partes del cuerpo, la hiperalgesia es descrita como una respuesta exagerada a un estímulo doloroso y la alodinia define como la presencia de dolor ante un estímulo que no es doloroso.

La fatiga crónica

Es una sintomatología que se presenta frecuentemente en pacientes con fibromialgia y tiene una cercana relación con el Síndrome de Fatiga Crónica descrito como una enfermedad crónica compleja también de etiología desconocida. Este síndrome conlleva una importante reducción de la actividad del paciente en los ámbitos personal, social, laboral etc. El Síndrome de Fatiga Crónica se caracteriza por un profundo e incapacitante cansancio no originado por un exceso de ejercicio, esta fatiga no tiene alivio con el reposo. Para ser considerado Síndrome de Fatiga Crónica debe de manifestarse al menos 6 meses (Casas, 2009:277-279).

Muchas veces la idea de fatiga mental se describe como una sensación de abatimiento general, como si le hubiesen quitado la energía y con pocas ganas de hacer las actividades habituales.

El impacto de los componentes reumatológicos en las pacientes con fibromialgia

En general lo que se observa es que los síntomas reumatológicos que se manifiestan en el SFM tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes. Autores como Góes, Leite, Shay, Homann, Stefanello, & Rodacki (2012) y Hernández, (2006) plantean un impacto en el desempeño físico de las pacientes como resultado de la fatiga crónica y el dolor crónico; refieren que hay una alta incidencia de caídas originadas por problemas en la tensión muscular, balance y la falta de agilidad en las pacientes; alteraciones en el sueño asociadas al dolor y la fatiga; otro tipo de impactos son los trastornos neurocognitivos y las comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad.

En resumen, el conjunto de las sintomatologías reumatológicas presentadas en el SFM a menudo afectan la funcionalidad cotidiana de la persona, generando cambios en las actividades desempeñadas y la forma de relacionarse (Verbunt, Pernot, Smeets, 2008).

1.2 Los trastornos de sueño

Dentro de la sintomatología del SFM los problemas del sueño son frecuentes, su inclusión en los criterios diagnósticos en 2010 por el Colegio Americano de Reumatología incentivó su investigación y se profundizó en la influencia que tienen en el desencadenamiento de síntomas como el dolor y la fatiga crónica.

Los trastornos del sueño se presentan como una sensación de sueño no reparador durante la noche. Las pacientes frecuentemente reportan problemas para iniciar el

sueño, mantenerlo y despertares constantes asociados principalmente al dolor. Con el tiempo estas alteraciones desencadenan una cantidad de síntomas como cansancio, dolor musculo esquelético, fatiga, cambios en el estado de ánimo, generando preocupación y desesperación en las pacientes, ello afecta su rendimiento y calidad de vida (Spaeth, Rizzi, Sarzi-Puttini, 2011).

A finales de los noventa los estudios sobre alteraciones de los ciclos del sueño arrojaron evidencia para reforzar la idea del modelo de la sensibilización central como una explicación del SFM planteado por Yunnus en 2001.

Estudios en neurología reportaron que los ciclos de sueño de las pacientes con fibromialgia frecuentemente están alterados. En este sentido los autores Harding (1998); Dauvilliers, & Touchon, (2001) reportan una intrusión anormal de ondas alfa y delta en la ausencia de sueño MOR. Grodman (2011) describe la importancia que tienen los neurotransmisores en la sintomatología de la enfermedad. Por un lado, la serotonina (un neurotransmisor del líquido encéfalo raquídeo) juega un papel fundamental en el SFM, su deficiencia se relaciona con patrones de alteraciones de sueño especialmente durante la etapa 4 de sueño. Por otro lado, el exceso de sustancia P (otro neurotransmisor) tiene un rol fundamental en la señalización, integración y modulación del dolor. Esto explica en cierta medida porque las pacientes con fibromialgia tienen una sensibilidad al dolor diferente a las personas que no presentan esta enfermedad. Moldofsky (2010) señala que esta sensibilidad es causada por una hipersensibilidad en el sistema nervioso central que genera el dolor confirmando las teorías de Yunnus sobre el Síndrome de Sensibilización Central.

En síntesis, los trastornos de sueño en pacientes con fibromialgia desencadenan de cierta forma un círculo vicioso en el sentido de que la falta de sueño reparador y un ritmo anormal de descanso producen un incremento en el dolor muscular, cansancio, fatiga, cambio de los estados de ánimo y al mismo tiempo el dolor muscular es la primera causa de los trastornos de sueño en la fibromialgia (Moldofsky, 2010).

1.3 Alteraciones cognitivas

Las alteraciones cognitivas igual que los trastornos de sueño fueron incluidos dentro de la revisión de los criterios diagnósticos que hizo el Colegio Americano de Reumatología en 2010. Las investigaciones realizadas a finales de la década de los noventas mostraron un incremento notable sobre este tema y sus resultados corroboraron la asociación de la fibromialgia con la aparición de alteraciones cognitivas.

Las pacientes con fibromialgia presentan un pobre desempeño en sus funciones cognitivas si se les compara con personas sanas de la misma edad e inclusive personas de edad más avanzadas, el bajo desempeño se traduce principalmente en problemas de atención y memoria (Park, Glass, Miredith, & Crofford, 2001).

Los problemas cognitivos a menudo son asociados a sintomatologías propias de la enfermedad como el dolor, la fatiga y la falta de sueño. Es importante mencionar que el dolor generalizado es considerado como una de las sintomatologías que correlacionan directamente con las alteraciones cognitivas en pacientes. Reyes, Pulgar, Duschek, & Garrido (2011) y Martínez-Lavín (2012a) describen las dificultades cognitivas que se presentan comúnmente en las pacientes con fibromialgia. El primer

autor describe que las pacientes experimentan problemas en las habilidades de razonamiento abstracto, operaciones aritméticas, concentración, nieblas mentales y olvidos. Martínez-Lavín (2012) enfatiza que las pacientes presentan problemas de memoria principalmente en memoria de trabajo, memoria episódica y la memoria semántica. En muchos casos las discapacidades cognitivas presentadas por las pacientes son equiparables a las que se reportan en casos de pacientes con hipertensión. De esta manera los autores referidos coinciden que los problemas cognitivos, tienen un impacto negativo en las pacientes generando muchas veces pensamientos de invalidez, baja autoestima, incapacidad, miedos y aislamiento.

1.4 Comorbilidades en la fibromialgia

Otra de las características de la fibromialgia son las manifestaciones que no están “aparentemente” asociadas a los síntomas principales (dolor crónico, fatiga crónica, trastornos de sueño, problemas cognitivos).

Entre las que destacan:

- El entumecimiento matinal se caracteriza por la presencia de una rigidez al despertar, este puede durar varias horas e incluso presentarse todo el día.
- Los mareos son una sensación ambigua que puede sentirse como falta de equilibrio o vértigo, se puede acompañar de tinnitus o náusea. En la fibromialgia no se encuentra causa orgánica para ese síntoma, sin embargo, una disfunción autonómica con alteraciones ortostáticas puede ser una posible explicación.

- El Síndrome de Colon Irritable afecta entre el 30% y un 70% de los pacientes con fibromialgia, la sensación de distensión abdominal, cólicos o aumento de gas intestinal son algunos de los síntomas (Martínez-Lavín, 2012a).

1.5 Asociación con trastornos afectivos

Como se ha descrito anteriormente la fibromialgia es un síndrome complejo con una sintomatología múltiple, comorbilidades que impactan de manera severa la vida de las pacientes y de las personas con las que conviven. Inicialmente la asociación entre los trastornos afectivos y la fibromialgia era atribuida como una respuesta del cuerpo hacia una enfermedad crónica, en este caso hacia la fibromialgia y su múltiple sintomatología.

Los criterios diagnósticos de la fibromialgia establecidos por el Colegio Americano de Reumatología en 1990 no incluyeron los trastornos afectivos (depresión y ansiedad), este hecho despertó numerosas inquietudes y dudas entre la comunidad médica ya que en las investigaciones se evidenciaba el impacto de estos trastornos en el tratamiento de la enfermedad de las pacientes (Hudson, 1991).

Las pacientes con fibromialgia presentan principalmente depresión y ansiedad, además se ha documentado trastornos de pánico, agorafobias y alexitimia. Esta última se define como la incapacidad que tiene la paciente para definir ciertas emociones (Fietta & Manganelli, 2007).

En el 2008 Asociación internacional para Estudio del Dolor estableció que el dolor tiene una estrecha relación con los componentes sensoriales y afectivos del cuerpo.

Un par de años más tarde y como resultado de numerosas investigaciones y controversias respecto a las normas de diagnósticos, los trastornos afectivos se incluyeron dentro los elaborados por el Colegio Americano de Reumatología.

Prevalencia de trastornos afectivos

En recientes investigaciones realizadas por la psiquiatría y psicología los autores Consoli, Marazziti, Ciapparelli, Bazzichi, Massimetti, Giacomelli, et al., (2012); Park, Glass, Miredith, & Crofford, (2001); Spaeht, (2011); Martínez, (2012a) coinciden en que la sintomatología de la enfermedad: dolor, fatiga crónica, trastornos de sueño, problemas cognitivos y otros factores son los responsables de la presencia de los “trastornos afectivos”. La alta prevalencia de estos trastornos en pacientes con fibromialgia oscila, en el caso de la depresión de entre un 20% a un 80%, la ansiedad de un 13% a un 63.8% (Fietta, Fietta, P, & Manganelli, (2007). Es importante resaltar que la alta prevalencia con trastornos afectivos obliga a que la mayoría de las pacientes tengan que llevar 2 ó más tratamientos, uno para el control de la fibromialgia y otro psiquiátrico para atender los trastornos afectivos.

Factores desencadenantes de los trastornos afectivos

Dentro de la literatura, numerosos autores dan cuenta de una serie de factores que tienen una alta asociación con la aparición de los trastornos afectivos en pacientes con fibromialgia.

1.- Factores del paciente: la presencia de pensamientos no adaptativos, limitaciones funcionales, baja auto estima, depresión, consumo de sustancias de abuso, disfunción

sexual (Okifuji, Turk, & Sherman, 2000).

2.- Factores genéticos: deficiencia de la vitamina D e incremento de serotonina en el líquido cefalorraquídeo (Santos, et al., 2011); (Dauvilliers, & Touchon, 2001).

3.- Factores de contexto/historia de vida: incluye eventos traumáticos físicos, emocionales psicológicos, experiencias dolorosas, estilos de vida adversos, problemas económicos y una incomprensión hacia el paciente de parte de médicos y familiares (Assumpção, Cavalcante, Capela, Sauer J, Chalot, Pereira, et al., 2009; Houdenhove, 2010; Low, & Schweinhardt, 2011). Harkness y colaboradores (citado en Castro, 2008) encontraron que los factores psicosociales pueden desencadenar la aparición de dolor generalizado en las pacientes con fibromialgia.

4.- Factores de la enfermedad: involucra al conjunto de sintomatologías de la fibromialgia como dolor generalizado, fatiga, limitaciones físicas, problemas de sueño y problemas cognitivos.

Diversos investigadores Buskila, (2009); Assumpção, (2009); Houdenhove, (2010), Low, & Schweinhardt, (2011); Santos et al., (2011), coinciden en que la interacción de los factores descritos puede generar cambios en los circuitos neuronales relacionados con la ansiedad y depresión. Cabe destacar que aún no se ha podido establecer que es lo que detona primero, la depresión o la fibromialgia, sin embargo se confirma su estrecha relación.

Capítulo 2 Características y rasgos psicológicos de la paciente con fibromialgia

En la década de los noventa se incrementaron notablemente las investigaciones relacionadas con los aspectos psicológicos de la fibromialgia. Respecto al abordaje desde la psicología se ha trabajado en incentivar los recursos internos de la paciente para dotarla de técnicas de afrontamiento (*coping*) en el manejo adecuado de la enfermedad, que derive en mejorar la calidad de su atención y tratamiento.

En otro rubro, se busca profundizar en las conductas de la paciente antes y después de la aparición de la enfermedad (búsqueda de ayuda), la forma en cómo ha ido afrontando la misma (técnicas de afrontamiento) y el cambio en su calidad de vida. Los rasgos psicológicos de la paciente con fibromialgia a menudo están asociados a una vulnerabilidad psicológica constante y a las variables de la personalidad propias de la paciente.

2.1 La vulnerabilidad psicológica daría cuenta a un conjunto de aspectos caracterizados por una falta de fortaleza en general, una falta de confianza que le lleva a ser dependiente a una serie de circunstancias, una fragilidad y falta de iniciativa entre otros. Los autores Epstein, Kay, Clauw, Heaton, Klein, Krupp, et al., (1999) señalan que las pacientes con fibromialgia se sumergen en un estado de vulnerabilidad constante a partir de la sintomatología de la enfermedad, de la discapacidad funcional y de la progresión de la propia la enfermedad. Las pacientes reportan una serie de cambios en sus estados de ánimo que antes no presentaban: se irritan con facilidad y son menos tolerantes a las situaciones cotidianas. Frecuentemente desarrollan cuadros de depresión y ansiedad

asociados a la sintomatología e incapacidad provocada por la enfermedad, aunado a esto se reportan también trastornos de pánico, aislamiento, agorafobias y somatización.

2.2 Los rasgos de personalidad de la paciente con fibromialgia constituyen una parte central de la psicopatología de la fibromialgia, ellos son punto de partida de las conductas de la paciente para interactuar con la enfermedad, al acelerar o disminuir progresivamente la misma. Montesó, Ferre, & Quintana, (2010) plantean que los rasgos de la personalidad comunes de las pacientes con SFM son: ser perfeccionista y dominante en su forma de ser, refieren tener un gran compromiso con los demás, con su trabajo, presentando una gran dificultad para establecer límites esperando atender todas sus obligaciones.

2.3 Los cambios en las conductas de la paciente son una característica que define al paciente con SFM entre el antes y el después de la aparición de la enfermedad. Para Henriksson, Liedberg, & Gerdle, (2005) la incapacidad física se asocia principalmente a las limitaciones físicas causadas por la sintomatología: el dolor, la fatiga, la disminución de fuerza muscular, la falta de dormir etc. Arnold, (2008) y Ablin, Gurevitz, Cohen, & Buskila, (2011) consideran que esta incapacidad va más allá de la simple incapacidad física, alterando severamente las actividades diarias de la paciente y generando cambios en su forma de vida. Entre las actividades que dejan de hacer por las molestias se encuentran: el arreglo personal, actividades del hogar, actividades laborales, estudios académicos y vida social. La literatura reporta que la incapacidad física presentada por las pacientes con fibromialgia, desencadena progresivamente una incapacidad psicológica. Sherman, Turk, & Okifuji, (2000) precisan que las pacientes reportan pensamientos catastróficos,

inseguridad y miedos irracionales, muchas veces estos miedos se presentan hacia actividades que antes realizaban y ahora son incapaces de hacer.

2.4 El afrontamiento de la enfermedad es descrito desde la psicología por Lazarus y Folkman (1986) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (citado en Pérez M. & Chinchilla R., 2011:18). En el caso de la fibromialgia su complejidad expresada en la sintomatología y comorbilidades impacta gravemente el estado psicosocial de la paciente. Los recursos cognitivos, técnicas de afrontamiento al estrés, solución de problemas, las redes de apoyo y soporte social, son indispensables para el tratamiento de la enfermedad.

A principios del año 2000 los estudios enfocados a la elaboración del perfil psicológico de la paciente con fibromialgia, reportaban que carecían de herramientas para afrontarla la enfermedad, presentaban limitadas técnicas de afrontamiento y un mal manejo de emociones a situaciones estresantes (Sherman, J., et al., 2000). A finales de esa misma década Shuster, McCormack, Riddell, Toplak, (2009) confirman esta situación y describen que las pacientes desarrollan un fuerte locus de control externo que dificulta la resolución de problemas creando bajo apoyo social y desencadenando altos índices de depresión.

2.4.1 Las técnicas de afrontamiento son una herramienta útil que permite a las pacientes enfrentar día a día un padecimiento crónico que afecta las actividades que hacían con normalidad. Para contrarrestar las dificultades, las pacientes encuentran en el descanso y la relajación una estrategia útil

que les permite recuperarse y prepararse para sus actividades. La planeación de las actividades diarias representa otra estrategia para tolerar la enfermedad, las pacientes que laboran (trabajo doméstico, oficina etc.) y tienen oportunidad de variar sus tareas de trabajo, a fin de encontrar el tiempo necesario para descansar reportan un mejor rendimiento en su desempeño. En otros casos las pacientes acuden al apoyo de la familia como sucede con el cuidado de los niños o familiares enfermos (Mannerkorpi, & Gard, 2012).

2.4.2 El estudio del Apoyo Social (*social support*) se desarrolló a partir de 1970 justificando el interés creciente hacia los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos, así como la asociación existente entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas. El término de apoyo social hace referencia a los mecanismos por los cuales las relaciones interpersonales (redes sociales) de la persona, ayudan a contrarrestar los efectos del estrés (Cohen, & Garth, 1984). En las redes sociales se consideran todos aquellos grupos de personas con los cuales la paciente tiene contacto y de los cuales puede recibir ayuda, las principales redes sociales son la familia, amistades, personas del trabajo, grupos de apoyo, entre otros. Cassel y Cobb (citado en Rosenstock, 1992) dan cuenta del apoyo social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva que produce del apoyo percibido. Los autores consideran que es ésta percepción la que se considera como promotora de la salud, la

importancia de hacer esta distinción según los autores radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, en ausencia de la percepción de un apoyo disponible éste no podrá ser utilizado (Peña, 2005). En estudios recientes López-Martínez, Esteve-Zarazaga, & Ramírez-Maestre, (2008) reportan que la percepción del apoyo social está asociado a bajos niveles de depresión, trastornos afectivos y una disminución de la sintomatología del SFM. Estos estudios demuestran la importancia que tiene el apoyo social para la paciente con fibromialgia, el apoyo de la familia, amistades, trabajo etc. es indispensable para que la paciente pueda desarrollarse óptimamente.

Capítulo 3 La influencia del contexto social en la paciente con fibromialgia

Existe poca investigación en torno a la influencia que ejerce el contexto social sobre la paciente con fibromialgia, no obstante la evidencia indica que en una buena cantidad de casos este contexto determina la aparición de la enfermedad. Walker, Keegan, Gardner, Sullivan, Bernstein, & Katon, (1997); Montesó, Ferre, & Quintana, (2010) y Martínez-Lavín (2012a) describen el contexto en el que viven las pacientes con fibromialgia, caracterizado por situaciones adversas mantenidas por tiempos prolongados. Las situaciones adversas incluyen: estrés laboral, acoso laboral, estrés familiar, violencia y abuso sexual, maltrato en la niñez, traumas físicos y emocionales.

La fibromialgia parece estar asociada con un mayor riesgo de haber sido víctima, especialmente de abuso físico de parte de un adulto, traumas de tipo sexual, físico y emocional pueden ser un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno (E. A. Walker, et al. 1997).

Las situaciones adversas dentro del contexto social interfieren en el tratamiento de la paciente, en muchos pierde su empleo a causa de la enfermedad y pasa de ser el sostén del hogar a un dependiente económico. La incapacidad que desencadena la SFM impide que la paciente desarrolle sus actividades cotidianas dentro de su hogar, familia, trabajo, etc.

3.1 Repercusiones de la dinámica familiar en la paciente fibromialgia

La dinámica familiar ha sido abordada por autores como Bleger, si bien en este estudio no se pretende profundizar sobre ésta, la idea que se tiene en este trabajo es

entender a la dinámica familiar como el conjunto de interacciones de los miembros del núcleo familiar y se relaciona con conceptos como relación de pareja, cambios de rol en el hogar, etc.

Relaciones de pareja

Las pacientes con fibromialgia reportan frecuentes problemas en su relación de pareja, una de las conductas que se ve afectada a causa de la enfermedad es la disminución de la actividad sexual. Las pacientes presentan constante resequedad vaginal lo que genera que muchas veces el acto sexual sea más una experiencia dolorosa que placentera (Ablin, Gurevitz, Cohen, & Buskila, 2011).

Los niveles de comunicación, los espacios de intimidad, las posibilidades de construir proyectos conjuntos, entre otros constituyen un tema pendiente por explorar en el ámbito de la dinámica familiar en las pacientes con fibromialgia.

Los cambios de rol en el hogar

Los cambios en los roles domésticos son frecuentes, debido a la enorme discapacidad que produce la fibromialgia por ejemplo quehacer en casa, arreglo personal, vida social etc. con lo cual se desencadenan pensamientos de aislamiento y minusvalía (Ablin, Gurevitz, Cohen, & Buskila, 2011). Estos cambios a menudo hacen que se sienta desplazada del rol original que desempeñaba, estos datos confirman como la fibromialgia deteriora las relaciones de pareja y familiares (Rodham, Rance, & Blake, 2010).

3.2 Redes sociales

Como se ha descrito anteriormente la fibromialgia afecta a la paciente y a las personas cercanas a ella, familia, amistades etc. Arnold (2008) documenta que las pacientes a menudo reportan alteraciones en sus relaciones familiares y sociales, debido a que frecuentemente entran en estados de aislamiento social.

Otro foco de conflicto entre la paciente y sus redes sociales es el sesgo hacia la enfermedad, el hecho de que no exista una evidencia médica que justifique el origen y autenticidad de las molestias lleva a que muchas veces las pacientes tengan que convencer a sus propios familiares y a los profesionales de la salud de que el dolor que sienten es real. Esto refleja la complejidad de las relaciones sociales de la enfermedad, además del poco conocimiento que la comunidad médica al respecto.

3.3 Relaciones laborales

En el campo laboral las pacientes con fibromialgia son las más afectadas, por que reportan serias dificultades para realizar sus responsabilidades. Estudios elaborados en el año 2000 documentan que un 23% de las pacientes consideran que la fibromialgia es una razón por lo cual no trabajan (Henriksson, & Liedberg, 2000). Pese a ello en estudios más recientes Mannerkorpi, & Gard, (2012) reportan que las mujeres con fibromialgia que laboran actualmente constituyen entre un 34% y un 77%.

Capítulo 4. Búsqueda de ayuda y utilización de servicios de salud.

En la literatura médica las conductas del paciente son descritas como el conjunto de actitudes y conductas que desarrolla una persona ante la presencia de alguna enfermedad o síntoma. El estudio de estas conductas aporta información sobre la utilización de los servicios de salud.

Las conductas de búsqueda de ayuda del paciente han sido estudiada desde diferentes enfoques, en 1965 los investigadores Kasl y Cobb (citado en Rosenstock, 1992) propusieron clasificar los tipos de conductas que las personas realizan cuando padecen una enfermedad y van en búsqueda de ayuda.

- La conducta con respecto a la salud (*Health behavior*): “cualquier actividad emprendida por una persona que piensa que está sana con el propósito de prevenir o detectar una enfermedad en la etapa asintomática” (:405).
- Conducta ante la enfermedad (*Illnes behavior*): “cualquier actividad realizada por una persona que se siente enferma con el propósito de definir su estado de salud y de encontrar un remedio adecuado” (:405).
- La conducta en que se asume la condición del enfermo (*Sick role behavior*): “actividades que llevan a cabo las personas enfermas con el propósito de recobrar la salud” (:405).

Las condiciones y la forma en cómo los pacientes desarrollan la búsqueda de ayuda determinaran el éxito o fracaso del alivio. Freidson (1970) (citado en Scambler, 1991) propone que “todo el proceso de búsqueda de ayuda se envuelve dentro de una red

potencial de consultas desde las intimidades del núcleo familiar hasta los profesionales de la salud” (:41).

Siguiendo con la descripción de Freidson, Scambler (1991) consideran que el paciente primero discute sus síntomas o molestias con alguien más (usualmente un familiar cercano) antes de buscar algún tipo de ayuda profesional. El mismo autor refiere que el auto tratamiento sin prescripción médica, así como los remedios caseros son prácticas muy utilizadas para aliviar molestias antes de recurrir a la búsqueda de ayuda profesional de ayuda.

4.1 Usuarios de los servicios de salud. Scambler (1991) describe que la población femenina acude a los servicios de salud con más frecuencia si se compara con la población masculina. Sin embargo, el autor reporta que factores como la clase social, el origen étnico, estado civil, el tamaño de familia también influyen en la forma en que se realiza la solicitud ayuda. Respecto a la utilización de los servicios de salud por parte de las pacientes con fibromialgia estudios realizados en Francia por Perrot, Vicaut, Servant, & Ravaud, (2011) indican que de un 2% a un 6% de las pacientes se atienden con médicos generales, por su parte las pacientes que acuden a consultas reumatológicas se elevan de un 14% a un 20% y los pacientes que llegan a ser hospitalizados constituyen de un 5% a un 8%.

4.2 La primera visita médica. Al iniciar las visitas médicas las pacientes llegan con muchas expectativas de obtener información sobre su padecimiento, encontrar profesionales de la salud que las comprendan y conozcan el tema, hacerse atender

de profesionales con la suficiente honestidad para reconocer las dificultades de los tratamientos para la fibromialgia (Escudero, García, Prieto, Pérez, & March, 2010).

La consulta médica es el primer acercamiento entre la paciente y el profesional de la salud, este encuentro es de suma importancia ya que es ahí donde se gesta la relación entre el profesional de la salud y el paciente. De esta alianza depende el desarrollo y el posible éxito del tratamiento futuro. Zola, 1973 (citado en Scambler, 1991:40) enfatiza si el médico no es capaz de encontrar las ideas claves que el paciente expresa en el motivo de la consulta, existe una posibilidad de que el paciente abandone el tratamiento.

4.3 Atención y tratamiento de la enfermedad. La investigación realizada en los últimos 20 años en diferentes campos disciplinarios ha permitido un mejor tratamiento de la enfermedad. La atención de pacientes mediante tratamiento farmacológico y psicológico reflejan una mejoría en sintomatología y la calidad de vida (Hudson, 1992).

4.4 Atención reumatológica. La reumatología ha sido la disciplina médica que ha profundizado más la investigación del SFM, desde 1990 el Colegio Americano de Reumatología impulsó la elaboración de los primeros criterios diagnósticos enfatizando al dolor crónico y fatiga como los principales síntomas de la enfermedad.

4.4.1 Elaboración del diagnóstico sus dificultades y tratamiento

Un especialista en reumatología es el médico adecuado para hacer el examen físico y realizar el diagnóstico del SFM. Como no se cuenta con una prueba que de evidencia táctica del síndrome el

especialista hace una evaluación física (examen de los puntos sensibles) y un diagnóstico diferencial que le permite ir descartando otros padecimientos clínicos (Wolfe, & Clauw, 2010).

Según los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología de 2010, la paciente debe presentar una sensibilidad en los puntos específicos de dolor y presentar dolor generalizado durante más de 3 meses, sin que desaparezca con descanso o reposos. La fibromialgia además presenta otras sintomatologías como problemas de sueño, fatiga intensa, cansancio, debilidad, insomnio, problemas cognitivos, trastornos afectivos (Wolfe, & Clauw, 2010).

Diagnóstico diferencial. Para establecer de la mejor manera el diagnóstico de la SFM el médico debe conocer las peculiaridades de otros padecimientos que pueden generar síntomas similares a este padecimiento.

Harris, Budd, & Gary (2006) recomiendan que el médico que realiza el diagnóstico debe tener un amplio conocimiento de la medicina interna, para descartar los siguientes padecimientos de un diagnóstico de fibromialgia.

- La distimia: Se presenta como una variante de la depresión mayor, sólo que es más leve y crónica. Los pacientes con depresión melancólica tienen una notable pérdida de reactividad a cualquier

estímulo placentero, que con frecuencia se asocia con un despertar matutino temprano, retardo psicomotor, anorexia y pérdida de peso.

- Esprúe celíaco: Cuando no es diagnosticado y tratado puede ocasionar tanto fatiga como dolor, además de los síntomas intestinales.
- Costocondritis: Área dolorosa e inflamada sobre la pared del tórax en la unión de los huesos costales y la parte cartilaginosa de las costillas, coincide con algunos puntos dolorosos de la SFM.
- Hepatitis C: En las etapas que preceden a la alteración hepática, se observa que más del 15% de los pacientes con esta infección viral, cumplen criterios para la SFM.
- Hiperparatiroidismo: Aunque se descarta por los niveles de fosforo y calcio, esta entidad puede producir dolor difuso muscular y óseo.
- Compresión nerviosa de una raíz lumbar: Los síntomas se limitan a la extremidad inferior y con frecuencia empeoran con la tos y el estornudo.
- Meningoencefalitis no viral: Posiblemente por secuelas crónicas, con síndrome de dolor difuso y cefalea.
- Apnea obstructiva del sueño y otras alteraciones del mismo: Alteración de los patrones de sueño puede ocasionar dolor y fatiga que estimulan a la SFM.

- Síndromes paraneoplásicos: Los tumores de pulmón pueden producir con mucha frecuencia síndromes neurológicos.
- Polimialgia reumática: Con o sin una arteritis de células gigantes comprobada por biopsia es rara en individuos menores a 50 años y se asocia con anemia, aumento de la proteína C reactiva y de velocidad de sedimentación.
- Polimiositis: Es inflamación muscular, se caracteriza por debilidad muscular proximal que excede en una proporción al dolor sintomático.
- Distrofia simpática: dolor continuo en una extremidad que aumenta con el estrés, asociado con hiperpatía, cambio de color en la piel (piel brillante), inflamación y cambios vasomotores.
- Espondiloartropatía seronegativa: Estas entidades pueden comprometer al esqueleto axial, los síntomas pueden imitar a los de la SFM.
- Estenosis vertebral: Con una sintomatología similar a la SFM esta entidad puede asociarse con un aumento del dolor al caminar, aunque raramente con dolor por encima de la cintura, se caracteriza por un empeoramiento de la molestia durante la hiperextensión vertebral.
- Dolor de la articulación temporomandibular: Esta articulación puede generar síndromes dolorosos sea por masticación disfuncional o

bruxismo, continuados por cefaleas que pueden extenderse al esqueleto axial.

Dificultades en la elaboración del diagnóstico. El diagnóstico del SFM ha representado un reto para la disciplina médica, diferentes autores coinciden en que existe dificultad para elaborar un diagnóstico acertado. La Encuesta del Impacto Global de la Fibromialgia (2008) realizada en diferentes países (Reino Unido, Alemania, Italia, España, Holanda, México, Corea del Sur) revela dos problemáticas frecuentes que enfrentan las pacientes con fibromialgia al buscar atención médica para ser diagnosticadas.

El diagnóstico tarda tiempo en realizarse. Las pacientes pasan mucho tiempo en ser diagnosticadas oportunamente. En el caso de México el tiempo es alrededor de 1.9 años para recibir un diagnóstico oportuno desde la primera visita a un médico a causa de sus síntomas, en Francia es un promedio de 2.7 años, y en Corea de 0.6 años. Una de las consecuencias directas de este problema son las constantes visitas médicas que las pacientes realizan con la finalidad de aliviar las molestias presentadas por el SFM. La media de las pacientes con fibromialgia que reportan haber acudido a más de un especialista es de 3.3 visita. Escudero (2010:4) describe de manera detallada esta problemática, “las pacientes con SFM tienen un “largo y penoso” recorrido en la búsqueda de un diagnóstico oportuno. Durante años las pacientes recorren varios consultorios del sistema de salud sin encontrar respuesta a sus dolencias, la mayoría

reporta haber tenido consultas en: reumatología, medicina familiar, traumatología, psiquiatría, urgencias y habitualmente el seguimiento se da en atención primaria” (Escudero, García, Prieto, Pérez, & March, 2010:19.20).

Médicos con limitado conocimiento de la fibromialgia

La Encuesta del Impacto Global de la Fibromialgia referida, muestra que en la mayoría de los países, los médicos consideran deficiente la formación que reciben sobre fibromialgia y resulta insuficiente para elaborar un diagnóstico oportuno y certero. Esta situación desencadena un entorno de desconfianza en los propios médicos al tener que discriminar los síntomas de este síndrome. La mayoría de los médicos que participaron en el estudio, coincidieron en que los síntomas de la fibromialgia son difíciles de diferenciar de otras enfermedades.

Wolfe (2010) profundiza más en ésta problemática al describir que muchos médicos no saben aplicar el examen físico de puntos sensibles o lo aplican mal, otras veces los mismos médicos se rehúsan a examinar al paciente. El mismo autor describe que el examen físico rara vez se aplicaba en los centros primarios de salud, instituciones donde acuden habitualmente las pacientes con fibromialgia.

En el tratamiento reumatológico para el tratamiento de la fibromialgia se utilizan fundamentalmente medicamentos para controlar la sintomatología de dolor,

cansancio y problemas de sueño. El tratamiento farmacológico para este padecimiento es a base de analgésicos, paracetamol, tramadol (Morales, Mejía, & Reyes, 2010).

4.5 Herramientas reumatológicas empleadas en el estudio del Síndrome de fibromialgia

Para la investigación, diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia, la reumatología se apoya en una serie de herramientas que le permiten hacer diferentes valoraciones, descartes y obtener la información necesaria para un buen manejo clínico de la enfermedad, a continuación se presentan los instrumentos empleados.

- Rivera, J., & González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia.
- Cruz-Fuentes, C., López L., Blas-García, C., González, L., & Chávez R. (2005): Datos sobre la validez y la confiabilidad de la symptom check list (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos.
- González, V., Stewart, A., Ritter, P., & Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish.
- Badia, X., Muriel C., Gracia, A., Núñez-Olarte M., Perulero, J., Gálvez, N., et al. (2003). Cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica.

- Martínez, M. P. Belloch, Cristina, Botella (1999). Somatosensory amplification in hypochondriasis and pain Disorders.
- Yacut, E., Bayan, B. (2003). Confiabilidad y Validez de la Escala Visual Analógica Invertida (de Derecha a Izquierda) en Dolores de Diferente Intensidad.
- Bulbena A, Berrios G. E, Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología.*
- Abello-Banfi, M., Cardien, M. H., Ruiz, R., & Alarcón-Segovia, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS).
- Perrot, S., Bouhassira, D., Fermanian, J. (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST).
- Fairbank, J., Couper, J., & Davies, J., (1980).The Oswestry low back pain questionnaire. (No hay traducción al español).
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., & Fleiz C., et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV.
- Jurado, S., Villegas, Enedina, M., Méndez L., Rodríguez F., Loperena V., & Varela, R. (1998) Estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México.
- First, M. B. Pinus, H., Frances, A. (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- González, M., & Landero, R. (2007) *Factor Structure of the perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico.*

- Rodríguez, F., Cano, G., & Blanco, A. (2004). Assessment of chronic pain coping strategies.
- Berrocal, C., Ruiz M., P., Perchán, A., Mansukhani, P., Rucci, G., & Cassano, B., (2006). The Mood Spectrum Self-Report: validation and adaptation into Spanish.
- Robles, R., Páez, F. (2003) Las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS).
- Fritz & Helgeson. (1993) Unmitigated communion in the form of a self-report scale.
- Herrero, M. J., Blanch, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., Bulbuena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population.
- El examen físico: la paciente debe presentar sensibilidad a la presión (puntos sensibles) en al menos 11 de los 18 sitios especificados y presentar dolor generalizado. El dolor debe presentarse a la presión aproximada de 4 kg en la evaluación física realizada por el especialista. (Wolfe, & Clauw, 2010).

4.6 Atención psiquiátrica y psicológica del Síndrome de Fibromialgia

La psicología y la psiquiatría han desempeñado un papel fundamental en la comprensión y el mejoramiento del tratamiento de la fibromialgia, ambas disciplinas han encontrado que este síndrome afecta severamente el estado psicológico y social de la paciente, hay alteraciones en las relaciones afectivas y por ende en su calidad de vida. Debido a esto las pacientes que son diagnosticadas con fibromialgia son referidas hacia un tratamiento psiquiátrico y psicológico que les permita tener un mayor control para manejar la enfermedad y su vida.

4.7 Tratamiento psiquiátrico de la enfermedad

Las crisis de dolor, la sintomatología en su conjunto y las situaciones adversas generan que la paciente caiga en estados de depresión y aislamiento. El objetivo de la atención psiquiátrica es atender los estados depresivos mediante la utilización de fármacos antidepresivos y ansiolíticos. Ciertos estudios han demostrado que la implementación de ciertos antidepresivos ayudan a la disminución de molestias físicas (Hudson, 1990).

La psiquiatría utiliza los siguientes fármacos para el control de algunas sintomatologías. Morales, Mejía, & Reyes, (2010).

- Antidepresivos: amitriptilina, duloxetina, diacepan.
- Anticombulsivos: gabapentina, pregabalina.

4.8 Tratamiento psicológico y alternativo de la enfermedad

El tratamiento psicológico en pacientes con fibromialgia se desarrolla mediante una serie de intervenciones y técnicas psicológicas que sirven para cumplir diferentes objetivos: aliviar el dolor a través de mecanismos psicofisiológicos mediante la vivencia subjetiva cognitiva y emocional, aumentando su independencia en las actividades cotidianas. Con estos objetivos se trata de fomentar que la paciente pueda llegar a ser “su propio agente de cambio” fomentando el autocontrol. (Boyer et al., 2011).

La psicología busca profundizar en aspectos de la vida emocional de la persona con la finalidad de incidir en las dinámicas que permitan a la paciente el control paulatino de su

enfermedad. Con la intervención psicológica se atienden las conductas y en los estilos de vida no favorables del paciente.

Tratamientos alternativos

Los tratamientos alternativos enfocados a disminuir los síntomas de la fibromialgia representan una alternativa diferente para las pacientes que buscan dejar el tratamiento farmacológico. El Tai Chi parece ser una modalidad segura y un ejercicio aceptable en la terapia de manejo de la fibromialgia (Jones, Sherman, Mist, Carson, Bennett, & Li, 2012).

La termoterapia o baños calientes de agua ayuda a disminuir el dolor en las pacientes, los estudios de Matsushita y Cols (2006) reportan beneficios que el calor genera en las pacientes con SFM (citado en Morales O. Milena M., Reyes S., 2010).

4.9 Herramientas empleadas por la psiquiatría y psicología para el estudio del Síndrome de Fibromialgia.

La psiquiatría se basa en una serie de manuales (DSM-VI), pruebas y test para evaluar el estado emocional de la paciente, los tipos de personalidad, la relación que existe con los trastornos afectivos y la vinculación con estos con otras enfermedades reumatológicas (Fietta, Fietta, & Manganelli, 2007).

De ésta forma, el profesional de la salud se apoya en una serie de test psicométricos y manuales que le permiten elaborar un diagnóstico del estado psico-emocional de la paciente. Aunado a los test psicométricos que a continuación se describen está la

entrevista psicológica como una herramienta fundamental para el diagnóstico y tratamiento psicológico.

- Medina-Mora, M.E, Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J, Fleiz, C., Villatoro J, Rojas, E., Zambrano J.,(2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV (CES-D).Psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey.
- Jurado C. Samuel, V., Enedina, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena V., Varela R., (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México.
- Teresa M., González R., & Landero R., (2007) Factor Structure of the perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico.
- Rodríguez, F., Cano, G., F. J, Blanco, P. (2004) Assessment of chronic pain coping strategies (CSQ).
- Berrocal, C., Ruiz M., Perchán P., Mansukhani, A., Rucci, P., Cassano, G. B. (2006) The Mood Spectrum Self-Report: validation and adaptation into Spanish.
- Robles R., & Páez F. (2003) Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS).
- Fritz & Helgeson (1993) Unmitigated communion in the form of a self-report scale.
*No hay traducción al español
- Pablo, J., Pintor, L., Bulbuena, A. (2003) a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population.

Capítulo 5 La entrevista, objetivos y sus modalidades

Dentro de la literatura el concepto de entrevista ha sido abordado de diferentes maneras, su estructura y objetivos varían según el uso y finalidad que se le quiera dar. La entrevista es una herramienta aplicada en numerosas disciplinas entre las que se encuentran la medicina, la psiquiatría y psicología entre otras.

Una definición general que engloba las distintas opiniones expresadas por diversos autores definen a la entrevista como una conversación seria, que se pone un fin determinado distinto del simple placer de la conversación (Bingham, & Moore, 1960). Esta conversación se desarrolla en una consulta o reunión privada. Dentro de la entrevista se distinguen 2 participantes: uno asume el rol de “entrevistador” y su papel es alcanzar objetivos específicos planteados, el otro participante en general asume el rol de “entrevistado” y su papel es proveer la información (Shaw, 1988).

El primer objetivo de la entrevista consiste en reunir toda la información importante sobre la persona entrevistada, esta información se encuentra en el lenguaje verbal (palabras) y no verbal (gestos) de la paciente. El segundo objetivo es facilitar información e informar de manera adecuada los temas a tratar en la entrevista. Para esta tarea el entrevistador cuenta con una serie de técnicas entre las que se encuentran las técnicas de observación y aplicación de cuestionarios que le permitan alcanzar sus metas. El tercer objetivo de la entrevista es poder influir en la persona entrevistada (sentimientos, emociones, conductas, etc.) mediante la información, retroalimentación y motivación que el entrevistador da al entrevistado (Nahoum, 1961) (Bingham, & Moore 1960).

La entrevista metodológicamente puede adoptar diferentes estructuras que le permitan adecuarse a la situación y cumplir con los objetivos deseados. Para esto la entrevista puede estar dividida en: estructurada o abierta, semi estructurada, no estructurada o cerrada. Para Bleger (1985) la entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. En el caso de la entrevista cerrada las preguntas ya están previstas, tanto el orden y la forma en que tiene que ser planteadas, el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones. La entrevista cerrada es un cuestionario que toma contacto estrecho con la entrevista en cuanto que un manejo de ciertos principios y reglas de la misma facilitan y posibilita la aplicación del cuestionario.

El mismo autor refiere que por el contrario en la entrevista abierta el entrevistador tiene amplia libertad para preguntar o intervenir, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular (Bleger, 1985). En la entrevista semi estructurada se determina de antemano los objetivos que se abordarán durante la entrevista. Para esto el entrevistador plantea una serie de preguntas abiertas que dan la oportunidad al entrevistado de expresar todo el tipo de información que permita enriquecer los temas y problemáticas tratados en la entrevista (Peláez, Rodríguez, Ramírez, Pérez, Vázquez, & Gonzales., s.f.).

5.1 Tipos de entrevista. La entrevista tiene numerosos usos y aplicaciones, varía dependiendo el tipo de información que se busque. Los diagnósticos médicos, veredictos legales, declaraciones periodísticas y los juicios etc. son un tipo de información que se obtiene mediante la entrevista. Existen diferentes tipos de entrevista entre los que se encuentran: la entrevista de trabajo, entrevista

periodística, clínica etc. En este estudio nos enfocamos solamente a la entrevista clínica como instrumento utilizado por la medicina/psiquiatría y psicología.

5.1.1 Entrevista médica

La entrevista médica es una herramienta útil que permite al médico conocer a la paciente y el motivo de consulta, en ella se busca establecer los puentes de confianza que faciliten el interrogatorio y el examen físico. En la entrevista se deben aclarar las inquietudes del paciente y el médico debe evaluar la situación, elaborar el diagnóstico y posible tratamiento.

5.1.1.2 Objetivos y características. La literatura médica plantea una serie de objetivos necesarios para elaborar un buen diagnóstico y tratamiento.

- **El establecimiento de un clima terapéutico favorable.** Al iniciar la entrevista es fundamental generar un clima terapéutico favorable, es decir crear las condiciones óptimas para el desarrollo natural de la entrevista y permitir que el paciente se sienta seguro, escuchado y apoyado por el médico. El médico deberá aplicar una serie de técnicas que le permitan dirigir y mantener la entrevista en un estado óptimo (Cole, & Bird, 1990). Durante la entrevista se debe establecer una alianza terapéutica entre el médico y el paciente construida a base de confianza y compromiso recíproco (Lichtenstein, 1990).

- **Recolección de la base de datos.** La organización de la información vertida por el paciente durante la entrevista es de vital importancia para los objetivos del médico. El especialista recaba la información en una base de datos válida con la cual podrá elaborar el historial médico del paciente. En esta base se incluyen datos importantes sobre la historia médica pasada y reciente de la paciente: hospitalizaciones, cirugías, enfermedades padecidas, medicamentos, alergias, embarazos, problemas psiquiátricos, historia familiar. La recolección de datos permite evaluar es estado mental del paciente manteniendo un seguimiento a su estado psicológico. Esto permitirá, tener la información necesaria al momento de hacer la evaluación física (Cole, & Bird, 1991), (Lichtenstein, 1990).
- **La motivación y educación** El médico debe asegurarse que el paciente no tenga ninguna duda respecto la consulta y el problema tratado (Libros virtuales intra med s.f.). Éste objetivo es de capital importancia ya que la tarea del médico es educar al paciente sobre su enfermedad, los cuidados y precauciones de su tratamiento. Cole & Bird reconocen que muchas pacientes tienen nociones erróneas sobre su enfermedad, debido a la falta de entrenamiento de los médicos al momento de hacer la entrevista (Cole, & Bird, 1991).

El trabajo educativo en la entrevista ayuda a reforzar la relación médico paciente y puede conducir a un buen tratamiento.

Características de la entrevista médica

- **Motivo de consulta.** El inicio de la entrevista está definido por el motivo de consulta que es descrito como el conjunto de razones que obligaron a la paciente a buscar ayuda (Libros virtuales intra med, s.f.). El motivo de consulta debe ser aclarado y enriquecido durante el desarrollo de la entrevista por ambos participantes. Es en esta etapa donde el médico debe estimular el discurso del paciente elaborando preguntas abiertas y cerradas que expliquen los motivos de la visita médica. La finalidad de esta entrevista es facilitar la expresión natural del paciente acerca de los diferentes eventos experimentados y sintomatología de la enfermedad. Vidal, MC (s.f.) describe que la habilidad para establecer una alianza terapéutica adecuada, la obtención de la información buscada y la adherencia al tratamiento, depende de las estrategias empleadas y del tipo de relación establecido entre paciente y profesional de la salud.
- **Discurso del paciente.** Durante el desarrollo de la entrevista el médico obtiene dos tipos de información del discurso de la paciente: lo que dice de su enfermedad y cómo es que lo dice, con esta se elaborará la historia médica y el diagnóstico. Lo que el paciente narra al médico corresponde al contenido su historia médica, esta

constituye por un reporte cronológico y comprensivo de todas las enfermedades padecidas, así como la valoración positiva y negativa que tiene el paciente. El otro tipo de discurso destaca la forma en cómo dice las cosas: el lenguaje verbal y no verbal, el tono de voz, posturas y actitudes referentes a la enfermedad. Estas conductas reflejan una reacción del paciente ante su enfermedad.

Un rasgo característico del discurso del paciente es que rara vez está organizado lógicamente y coherentemente. Por ello, el trabajo del médico es elaborar inicialmente un reporte espontáneo y posteriormente presentarlo organizadamente en un reporte formal (Lichtenstein, 1990).

- **Técnicas de entrevista** Considerar las distintas técnicas de entrevista es fundamental porque permiten direccionar, buscar información y contener al paciente durante la entrevista (Cole, & Bird, 1991). Entre las técnicas más utilizadas se incluyen: observación de la comunicación verbal y no verbal del sujeto, la utilización de un lenguaje sencillo y no rebuscado, realizar preguntas abiertas y cerradas para invitar al paciente a expresar sus síntomas y situaciones difíciles, evitar hacer juicios de valor o descalificaciones y mostrar siempre empatía e interés en el paciente (Lichtenstein, 1990), (Libros virtuales intra med, s.f.).

- **Tipo de preguntas.** En la entrevista médica no existe un formato estructurado de cómo deben realizarse las preguntas, sin embargo, el tipo de preguntas empleadas deben ser claras para no confundir al paciente y alentar su discurso para que se exprese con sus propias palabras. En la entrevista médica el paciente posee una base de información que el médico necesita para alcanzar los objetivos planteados, las preguntas deben ir orientadas al tipo de información que el médico busca sin incitar un tipo de respuesta esperado (Lichtenstein, 1990).
- **Cierre de la entrevista.** Antes de concluir la entrevista el médico debe cerciorarse que el paciente no tenga ninguna duda o inquietud sobre la información vertida en la entrevista o en dado caso añadir información extra que permitan enriquecerla. Al cierre de la misma el médico debe: informar de manera puntual y precisa el estado del paciente evaluado, motivar y retroalimentarlo para fortalecer el clima terapéutico, hacer una revisión sistemática de todos los temas abordados en la entrevista para la elaboración de un diagnóstico (Cole, & Bird, 1991), (Lichtenstein, 1990).
- **Entrevista médica aplicada a poblaciones especiales (dolor físico)**
Platt F. & Gordon H. (1999) describen que en el caso del SFM las pacientes con síntomas crónicos de dolor y fatiga presentan dificultades de somatización, con lo cual la entrevista necesita

ciertas direcciones específicas por que el tema de dolor suele ser ampliamente comentado por la paciente. En opinión del autor es importante que el médico esté informado y actualizado sobre el tipo de incapacidad que presenta el paciente, con la finalidad de entender la psicopatología presentada. En lo que respecta a la sintomatología de dolor (crónico y agudo) los mismos autores enfatizan que los pacientes con dichas sintomatologías son muy difíciles, en virtud de que están totalmente preocupados por la resolución de su dolor. Para esto se recomienda que las entrevistas sean breves (no más de 15 minutos) y focalizadas en la evaluación del estado médico del paciente.

5.2. Entrevista clínica psicológica y psiquiátrica

La entrevista clínica tiene como objetivo principal generar un cambio de comportamiento y actitud de la persona que solicita la entrevista, el especialista busca ayudar al individuo a recobrar su equilibrio emocional y superar la aflicción que le impide conducir su vida adecuadamente. Esta entrevista es una herramienta que se aplica principalmente en los campos de las ciencias de la salud, en clínicas, hospitales, instituciones de higiene mental, clínicas psicoterapéuticas, entre otras. Un rasgo característico de ella es que se aplica a diversos trastornos mentales, de esta manera la entrevista clínica juega un papel determinante en el caso del tratamiento farmacológico (Bingham 1960).

5.2.1 La entrevista médica /psiquiátrica

La psiquiátrica es considerada en la literatura médica como una técnica versátil en el diagnóstico y una herramienta terapéutica eficaz en el tratamiento de una enfermedad (Lichtenstein, 1990). En esta entrevista el especialista necesita tender los puentes emocionales que permitan obtener la confianza del paciente y asegurar que haya una buena adherencia al tratamiento (Cole, & Bird, 1991). En este marco el profesional de la salud debe poner especial atención para acercarse al paciente y evaluar su estado psicológico y emocional mediante diversas técnicas de observación y aplicación de tests (Lichtenstein, 1990).

5.2.2 La entrevista psicológica

Como se refirió en apartados anteriores para Bleger (1985) la entrevista psicológica es una relación de índole particular establecida por 2 ó más personas cuya finalidad es crear una relación de confianza y poder entre el psicólogo y la persona que solicita ayuda. La entrevista psicológica es el instrumento fundamental del método clínico y una técnica importante de investigación de la psicología, busca profundizar sobre aspectos de la personalidad y psicopatología del entrevistado, mediante un conjunto de procedimientos o reglas empíricas con las cuales el entrevistador no solo amplia, verifica el conocimiento científico y a su vez lo aplica (Bleger, 1985).

5.2.2.1 Objetivos y características. La entrevista psicológica persigue objetivos propios de la psicología en áreas de la investigación, diagnóstico y terapia.

- **Investigación:** En el campo de la investigación la entrevista psicológica tiene como propósito mejorar y elaborar los instrumentos para generar mayor conocimiento en torno a los problemas que aborda este campo. En investigación el contenido de la entrevista representa una fuente de información esencial que se constituye un objeto de estudio. La entrevista psicológica se utiliza de manera conjunta con otro tipo de herramientas como los test psicométricos, test de personalidad entre otros (Bleger, 1985), (Bingham 1960).
- **Diagnóstico:** En el campo de la psicología clínica la entrevista psicológica se enfoca al diagnóstico y tratamiento terapéutico del paciente. La entrevista con fines de diagnóstico tiene como propósito recoger la biografía del sujeto y determinar de lo que dice y cómo lo dice (lenguaje verbal, no verbal) sus opiniones, sentimientos e ideas (Nahoum, 1961). Esta información permitirá al psicólogo comprender mejor la historia psico-emocional pasada y actual de la paciente, con la finalidad de hacer una valoración general para el diagnóstico psicológico.

- **Entrevista terapéutica:** El objetivo de la entrevista terapéutica es generar las condiciones de espacio y tiempo para que el paciente pueda expresar verbalmente sus problemas, sentimientos etc. Otro objetivo es ayudar al paciente desarrollar la fuerza emocional/anímica necesaria para examinar el problema en sus verdaderas proporciones (Bingham, 1960). Así el especialista busca modificar aspectos del comportamiento, conductas no adaptativas y los pensamientos y emociones que afectan al paciente (Rojí, 1997).

La entrevista psicológica tiene distintos referentes teóricos: psicoanálisis, conductismo, gestalt, humanista, topología (Bleger, 1985).

Características de la entrevista psicológica

- **Encuadre de la entrevista (Rapport).** El encuadre de la entrevista se caracteriza por dos situaciones concretas. Por un lado, las situaciones problemas, estados de ánimo, deseos con los que llega el paciente a la entrevista, éstos constituyen el motivo de consulta y deberán ser analizados con detenimiento durante el transcurso de la misma. Por el otro, existen otros factores que intervienen en el desarrollo de la entrevista como la actitud, técnica y rol del entrevistador, el lugar y tiempo de la entrevista, las características de la personalidad del entrevistado, solo por enlistar las más importantes (Bleger, 1985),

(Bingham 1960). Debido a las variantes antes mencionadas, el encuadre funge como un espacio para establecer la norma, donde el psicólogo manifiesta su voluntad e interés de tratar el problema de una forma ética y profesional, transmitiendo al paciente una idea de consentimiento para que pueda persuadirse así mismo de hablar sobre cualquier tema, sin exponerse a la crítica o a las represalias y con la seguridad de que lo dicho en la entrevista se mantendrá en estrictamente confidencialidad (Bingham 1960).

- **La entrevista y sus participantes: El entrevistador y el entrevistado.** En la entrevista psicológica el psicólogo es el encargado de conducir la entrevista, para esto debe contar con el conocimiento de todos los procesos que se gestan durante el desarrollo de la misma. Bleger (1985) considera que el instrumento de trabajo del psicólogo es él mismo ya que durante la entrevista su personalidad genera una serie de reacciones interpersonales que lo enfrentan con su propia vida, salud, enfermedad, conflictos y frustraciones. El mismo autor considera que el psicólogo debe ser cuidadoso para que estas situaciones no afecten el proceso de la entrevista. El entrevistado es la persona que busca ayuda, provee la información y explica el motivo de la consulta.
- **Discurso del paciente:** En la entrevista psicológica el discurso del paciente es fundamental para el psicólogo. Según Bingham (1960) y Bleger (1985) el tipo de información que se obtiene del discurso del

paciente puede ser de dos tipos: lenguaje verbal que incluye hechos relevantes, acontecimiento, situaciones traumáticas. Y lenguaje no verbal donde se incluyen hechos subjetivos: opiniones, interpretaciones, actitudes etc. La tarea del psicólogo es traducir los “mensajes claves” que se encuentran en el discurso del paciente: situaciones, emociones, sentimientos etc. Por ello Bingham (1960) considera a la entrevista psicológica como el único medio para obtener contenidos subjetivos relacionados con la actitud, las preferencias y la opinión de otros hechos objetivos conocidos solamente por el entrevistado (Bingham 1960).

- **Técnicas de la entrevista psicológica.** El psicólogo cuenta con una serie de recursos que le permiten abrir camino durante la entrevista para asegurar una adecuada relación con el paciente y una retroalimentación favorable. La observación y la escucha son técnicas fundamentales de la entrevista, el entrevistador debe de observar y escuchar cuidadosamente cómo el paciente describe situaciones específicas como ideas, opiniones, sentimientos, problemas enfrentados, etc. Esto le permitirá descifrar los mensajes que se encuentran inmersos en el discurso del paciente (Bingham, 1960).
- **Tipo de preguntas.** Durante la entrevista el psicólogo debe de ser cuidadoso en la forma en cómo formula sus preguntas y alienta al paciente. Se ha documentado que conductas como la expresión facial,

el tono de voz, los modales, la prudencia y la paciencia con la que se conduce la entrevista influye de manera directa en la disminución de la angustia, tensión, estrés. Con esto también se refuerza la confianza y seguridad en el paciente para fomentar un discurso libre y fluido.

Las preguntas y afirmaciones no son los únicos recursos verbales con los que cuenta el entrevistador para dirigir una entrevista, también se deben de utilizar las pausas y los silencio para direccionar su rumbo a los objetivos deseados, con lo cual se da contención al paciente en momentos difíciles (Casado, 1991).

- **La transferencia y contratransferencia.** La transferencia y la contratransferencia son fenómenos que ocurren en toda relación interpersonal y están presentes en la entrevista. De cierta forma la transferencia y contratransferencia pueden considerarse elementos perturbadores de la entrevista, sin embargo, se ha demostrado que su aparición es ineludible y el psicólogo puede aprovecharlos como instrumentos técnicos de observación y comprensión. Bleger (1985) define a la transferencia como el conjunto de sentimientos, actitudes, conductas inconscientes (pensamientos irracionales, dependencia, omnipotencia, pensamiento mágico) que se producen en el entrevistado durante el desarrollo de la entrevista. En la transferencia el entrevistado asigna roles al entrevistador y se comporta en función de ellos. El mismo autor considera a la contratransferencia como el conjunto de

fenómenos que experimenta el entrevistador, las respuestas y el efecto que tienen en él las manifestaciones del entrevistado (transferencia).

La contratransferencia depende de la historia personal del entrevistador y se requiere de una buena preparación, experiencia y equilibrio mental para que ésta pueda ser utilizada con un grado de validez y eficacia (Bleger, 1985).

- **Cierre de la entrevista.** Al cierre de la entrevista el psicólogo debe haber revisado los temas propuestos en la entrevista, establecido una relación de confianza sólida y el establecimiento de las condiciones para el tratamiento a futuro.
- **Relación médico paciente** La relación médico paciente ha sido descrita en numerosas ocasiones y debe entenderse como la situación que se construye una situación que se produce tanto en la entrevista médica/psiquiátrica como en la entrevista psicológica y es producto de la interacción de cuatro factores fundamentales: el profesional, el paciente, el escenario donde se realiza y el instrumento de su registro. Cueli (1960) refiere que durante la entrevista el médico no debe perder de vista que el enfermo inicia su relación con él, antes del primer contacto personal. Esto lo describe de la siguiente manera “cuando un enfermo acude a la consulta ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del médico, lo habitual es que cuando enfermo y médico se encuentran por primera vez, el primero ya tiene una imagen del

segundo y esa imagen es más o menos distorsionada” (Cueli, 1960:16). El enfermo puede llegar a la entrevista por iniciativa propia, presionado por sus familiares o recomendado, lo que busca el enfermo en el médico es algo más que un diagnóstico y una prescripción, busca simpatía, aceptación, establecer un vínculo con el entrevistador (Cueli, 1960). Frecuentemente las expectativas del paciente difieren de los objetivos iniciales del médico, para esto el médico debe saber escuchar las principales quejas y abordarlas de manera objetiva (Bleger, 1985). En esta etapa el médico le hará saber al paciente que pondrá todos los conocimientos técnicos a su alcance para abordar el motivo de consulta.

Problemas de la entrevista clínica psicológica y psiquiátrica

Dentro de esta entrevista clínica se pueden encontrar muchos imprevistos que dificultan de una manera directa o indirecta la dinámica y ritmo de la misma:

- El entrevistado no es capaz de advertir con claridad la situación que le inquieta (motivo de consulta).
- El vocabulario: la interpretación de la palabra puede representar dificultades, el entrevistador debe ayudar al paciente a encontrar las palabras justas que describan la situación presentada (Bingham 1960).

6.-Método

El objetivo de la investigación fue hacer el análisis del contenido de las entrevistas realizadas a pacientes, utilizando el formato de entrevista psicológica elaborado por Turk (2002). Esta información se ordenó, clasificó, analizó y a partir de esta sistematización se construyó un formato de entrevista psicológica, conforme a las características de la paciente con fibromialgia en México.

Para este estudio se utilizaron las entrevistas psicológicas aplicadas por una psicóloga experta en fibromialgia del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz”. Esta tesis forma parte de su proyecto de investigación sobre fibromialgia, y para ello el equipo de investigación analizó las grabaciones que contenían el material de las entrevistas. En su momento, dichas grabaciones se realizaron con el Consentimiento Informado de las pacientes. Cabe señalar que este estudio, no hay identificación en ninguna paciente por que la información referente a sus nombres se maneja bajo seudónimos.

El material básico de este estudio lo constituyeron las entrevistas grabadas, sin embargo, es importante señalar que la experiencia como observador en diversas entrevistas a pacientes con fibromialgia, también facilitó la orientación del análisis y comprensión de la experiencia de las entrevistas. Así mismo, la asistencia a los grupos de trabajo de Terapia Cognitivo Conductual con pacientes de fibromialgia en el Instituto, fue un elemento enriquecedor para identificar el contenido de las narraciones de experiencias de las pacientes. Sus retos, dificultades y avances terapéuticos. Cabe señalar las pacientes con

este síndrome son atendidos en el “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz” por las comorbilidades psiquiátricas y psicológicas que presentan.

Del 2010 al 2012 se analizaron 19 entrevistas psicológicas de pacientes previamente diagnosticadas con fibromialgia por un reumatólogo¹. La información de estas entrevistas abarca temas alrededor de la problemática de salud física y psicológica que provoca el SFM, las dificultades que desarrollan para las pacientes, sus familiares y amigos.

La metodología aplicada en este estudio se basó en las propuestas de Peláez y Burgos sobre la Aproximación Cualitativa en Salud Aplicada a las Enfermedades Reumáticas (Peláez y Burgos, 2005).

En su trabajo a los autores les interesa recuperar la información acerca del “significado y sentido que tiene la enfermedad para la persona y su entorno familiar” (:166), debido a ello es que en este trabajo se recupera su propuesta metodológica.

Es importante señalar como el presente trabajo corresponde a los estudios de tipo cualitativo que se caracterizan por el tipo de datos obtenidos y la forma de análisis, rasgos que marcan la diferencia con los estudios cuantitativos.

Otros rasgos metodológicos derivados del propósito en este estudio son: Se utilizó un muestreo no probabilístico debido a que se trabajó a profundidad el contenido de cada entrevista, buscando generalizar cada experiencia. La determinación de la cantidad de

¹ El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” no cuenta con servicio de reumatología, por lo que es requisito que las pacientes que lleguen con el diagnóstico de fibromialgia elaborado por su reumatólogo.

casos considerados para realizar este estudio de análisis cualitativo, se estableció desde el principio denominado “saturación teórica”, es decir, cuando el análisis de los nuevos casos ya no arrojaba información relevante al contenido de las categorías. En este sentido, el trabajo de análisis se enfocó a lograr la descripción y organización para la interpretación de los datos, la técnica utilizada fue de análisis de contenido.

Esto concuerda con la propuesta de Peláez y Burgos, que retoman al análisis de contenido como el estilo de organización de los datos más empleado en el área de salud (Peláez y Burgos 2005: 171).

En esta investigación se abordó el contenido de las narrativas derivadas de las entrevistas psicológicas, a fin de identificar las diferentes categorías sobre la descripción de su experiencia con la fibromialgia y el impacto que ha tenido en sus vidas. Tal como proponen los autores a partir de los resultados, nuestro estudio pretende “diseñar mejores estrategias de atención, tratamiento y medición del impacto desde la perspectiva del personal de salud y del paciente” (Peláez y Burgos 2005: 173).

A continuación se describirá el proceso de cómo se analizó el contenido de las entrevistas: las respuestas de las pacientes fueron agrupadas en 4 dimensiones: aspectos físicos y trayectoria del paciente, aspectos psicológicos, aspectos sociales y otros datos. Estas dimensiones incluyeron múltiples categorías que se describirán en cada etapa de trabajo, estas categorías contienen los indicadores (datos observables encontrados).

Las dimensiones y categorías se fueron agrupando como resultado de un proceso de análisis y síntesis modificándose durante todo el trabajo. La sistematización de

información permitió hacer un acercamiento a las diferentes situaciones de vida de la paciente: molestias físicas, búsqueda de ayuda, rasgos de personalidad, emociones y sentimientos alrededor de la enfermedad, historia de abuso físico, emocional y sexual, calidad de las relaciones familiares, sociales y laborales. La información vertida en este esquema de análisis englobó las experiencias de las pacientes desde su perspectiva (violencia recibida, interacciones con personas cercanas, relaciones emocionales significativas, etc.).

Es importante señalar que este trabajo de análisis fue resultado de numerosas sesiones donde se integró el esfuerzo de un equipo interdisciplinario de investigación de psicología y sociología.

Primera etapa del análisis:

Esta primera etapa consistió en dividir la información en 4 grandes dimensiones: **aspectos físicos y trayectoria del paciente:** que incluye la sintomatología del SFM, trayectoria de búsqueda de ayuda (especialistas visitados, tratamientos probados, operaciones etc.); **aspectos psicológicos:** sentimientos y emociones, violencia recibida, preocupaciones, afrontamiento de la enfermedad; **aspectos sociales,** redes sociales, relaciones laborales y datos demográficos y otros datos.

1. Aspectos físicos y trayectoria del paciente.

1.1 Focalización del dolor (ejem. cabeza, cuello, articulaciones etc.)

1.2 Descripción del dolor: Cómo el paciente percibe el dolor sensación, intensidad y frecuencia (ejem. piquete, ardor, golpes)

- 1.3 Los primeros síntomas de la fibromialgia (ejem. cansancio, dolor, migraña)
- 1.4 Factores que agravan el dolor (ejem. clima, estrés, trabajo)
- 1.5 Síntomas que incapacitan (ejem. debilidad, pérdida de memoria, poder abrir puertas, cargar cosas pesadas)
- 1.6 Trayectoria del paciente: tipo de tratamiento (alópata/alternativo), especialistas visitados (ejem. reumatólogos, ginecólogos, internistas), estudios realizados (ejem. tomografías, electromiografía), diagnósticos realizados (ejem. depresión, SFM, gastritis), tratamientos recibidos (ejem. homeopáticos, enema, acupuntura)
- 1.7 Antecedentes familiares con sintomatología de dolor o similar a la fibromialgia (ejem. síntomas reumáticos, síntomas similares a SFM)
- 1.8 Antecedentes psiquiátricos en su familia (ejem. epilepsia)

2 Aspectos psicológicos

- 2.1 Actividades que realiza para *aminorar los síntomas* (ejem. leer, recostarse)
- 2.2 Actividades que realiza cuando *no tiene los síntomas* (ejem. manualidades, actividades familiares, tejer)
- 2.3 Actividades que *deja de hacer* por los síntomas (ejem. vida social, ver a familiares, arreglo personal)
- 2.4 Estrategias para resolver problemas: manejo de situaciones estresantes

- 2.5 Percepción que tienen los otros de la paciente (ejem. que tiene una incapacidad, es una carga, incomprensión)
- 2.6 Preocupaciones actuales: (ejem. sobre peso, divorcio, soledad)
- 2.7 Expectativas a futuro (ejem. aminorar los síntomas, superar la SFM, buscar otras alternativas)

3 Aspectos sociales, demográficos y laborales

- 3.1 Estado civil (ejem. casada, soltera divorciada)
- 3.2 Escolaridad (último año de estudios) (ejem. primaria, secundaria, preparatoria)
- 3.3 La relación médico paciente (ejem. buena, mala, regular)
- 3.4 Redes de apoyo
- 3.5 Trabajo remunerado
- 3.6 Percepción del origen de la causa: físicos, psicológicos y sociales (ejem. insomnio, tensión, golpes)

4 Otros datos

- 4.1 Eventos traumáticos recibidos: físicos, sociales, y psicológicos (ejem. accidentes)
- 4.2 Aspectos que alteran sus ciclos de sueño: Físicos, psicológicos y sociales. (ejem. insomnio, dolor, pesadillas)
- 4.3 Comorbilidad con otras enfermedades (ejem. depresión, anhedonia, hiporexia)
- 4.4 Factores estresantes: físicos y psicológicos (ejem. que algún hij@ padezca la enfermedad , salud familiar, pérdida de familiares, economía familiar)
- 4.5 Uso de alcohol y drogas (ejem. tipo de bebedor de alcohol)

Segunda etapa

El propósito de esta etapa fue realizar un análisis de las categorías establecidas para incorporar información encontrada y que en principio no se consideraba en el formato original. Esto ayudó en algunos casos a redefinirlas y en otros se abrieron nuevas categorías, todo ello con el propósito de mejorar la estructura del formato para la conducción de la entrevista. Se buscó facilitar la captura de la información cuidando planteamiento de las preguntas. Este apartado sentó las bases del orden y la lógica del formato de entrevista.

A continuación se presentan las nuevas categorías.

1. Aspectos físicos

- 1.1. Inicio de aparición de primeros síntomas (fecha)
- 1.2. Inicio de atención médica
- 1.3. Síntomas de mayor molestia

2. Aspectos psicológicos

- 2.1. Qué sentimientos le provoca la fibromialgia.
- 2.2. Qué emociones le provoca la fibromialgia.
- 2.3. Recibió abuso psicológico sexual (ej. maltrato, toqueteos)
- 2.4. Recibió violencia (ej. golpes, violación)
- 2.5. Actividades que realiza *a pesar* de la sintomatología.
- 2.6. Cambios que ha tenido que hacer en su vida
- 2.7. Que le gusta hacer/que disfruta hacer

2.8. Expectativas sobre la fibromialgia

3. Aspectos sociales

3.1. A quien le platica su enfermedad (quien le ayuda)

3.2. Cuáles son sus redes sociales, con quien convive

3.3. Quien paga los medicamentos

3.4. Tiene seguridad social

4. Otros datos

Conviene precisar que la información de las entrevistas analizada no fue relevante para construir nuevas categorías.

Tercera etapa del análisis

Una vez terminado el análisis con la incorporación de nuevas categorías e indicadores y su descripción correspondiente, se observó que el tipo de respuestas que las pacientes narraban durante la entrevista, en ocasiones no se consideraban durante la misma, porque el formato original no lo contemplaba.

De ésta forma, se redactaron las preguntas necesarias que permitirían al entrevistador obtener la información pertinente sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales que causan y caracteriza a la enfermedad. Se buscó que las preguntas siguieran el lenguaje y la lógica del discurso de la paciente priorizando los aspectos psicológicos, además se elaboraron preguntas que facilitarían la retroalimentación al paciente.

7 Resultados

Como se refirió en el apartado de metodología, la información recabada y analizada de las entrevistas se agrupó en 4 grandes dimensiones, en este apartado y con el objeto de hacer una mejor descripción de los resultados obtenidos se organizó en 5 apartados: aspectos físicos, trayectoria del paciente, aspectos psicológicos, como afronta la enfermedad y aspectos sociales. Durante el análisis se distinguió entre el tipo de información emanada directamente de los ítems del formato de Turk y aquellos datos adicionales generados en las entrevistas. Estos últimos datos constituyeron una fuente de información valiosa para la realización de esta investigación.

A continuación se presenta el resultado del análisis de contenido de las entrevistas. Una cuestión relevante de la organización es que sigue la lógica de las dimensiones con sus correspondientes categorías y cada una de ellas contiene el discurso expresado por la paciente.

- I. **Aspectos físicos.** Sintomatología de la enfermedad, sensaciones que produce y factores que agravan las molestias.
 - a) **Dolor.** Tipo de dolor presentado: cabeza, casos de migraña/cefaleas frecuentes, dolor en cara, oído, cuello “como si me hubieran pegado o jugado luchas”. El dolor también se reporta en espalda, piernas, rodillas, brazos, codos, manos, hombros, pecho, cintura, abdomen, cadera, pies y articulaciones.
 - b) **Tipo de sensación.** Las pacientes describen las siguientes sensaciones: “tengo ardor y quemazón en piernas, espalda”, “me duele entre el hueso y la piel”, “siento

intensas punzadas que taladran a presión en brazos y piernas”, “siento que me desgarran”. También las respuestas describen una gran sensibilidad hacia los estímulos físicos: “me duele que me toquen o rocen”, “tengo sensación como si me hubieran golpeado”, “es un dolor que me da vueltas por todo el cuerpo, es un dolor muy pesado de mover”, “es como un golpe muy fuerte que va disminuyendo y queda como piquete”, “siento hormigueo, cosquilleo dentro de manos y cabeza, “tengo sensaciones de toques eléctricos en brazos y manos” adormecimiento, pesadez, palpitaciones, hinchazón, pérdida de sensibilidad y dificultades para respirar son otras sensaciones reportadas en las entrevistas.

- c) **El cansancio** es reportado de la siguiente forma: “me siento muy cansada”, “camino y me canso como si hubiera corrido mucho”, “me siento súper débil como si me fuera a morir” “siento que se me va a caer todo”, “me siento como gelatina o como si se fueran a romper”, “tengo ganas de dormir todo el tiempo”.
- d) **Problemas de sueño:** La sensación de somnolencia es común en los reportes, en sus palabras: “me despiertan los calambres y el dolor en el transcurso de la madrugada”, “pesadillas angustiosas” “aunque esté muy cansada no puedo conciliar el sueño”, “no puedo encontrar la posición cómoda para dormir”.
- e) **Rigidez matutina:** “al levantarme me toma una hora por la rigidez en la mañana”.
- f) **Factores que agravan las molestias.** Las pacientes identifican las situaciones que agravan su sintomatología: “falta de descanso”, “si estoy parada o sentada “, “no como a mi horas”, “si tengo alguna preocupación que me altera”, “el estrés”, “me

espanto mucho” “el trabajo doméstico (cocinar)”, “los cambios de clima”, “pleitos emocionales”, “condiciones hormonales (menstruación)”, “depresión y ansiedad”

La información adicional contenida en las entrevistas permitió diferenciar un apartado al que se denomina Trayectoria del paciente, si bien tiene relación con aspectos físicos se consideró apropiado darle un espacio independiente.

II Trayectoria del paciente

Reconstrucción de los antecedentes de búsqueda de ayuda, tratamientos recibidos, antecedentes familiares con trastornos psiquiátricos y problemas similares a la fibromialgia.

- a) **Principales molestias.** Las pacientes reportan que las principales molestias por las cuales acuden a un servicio de salud son: dolores de cabeza, cuello, hombros, brazos, rodillas, piernas, oídos, articulaciones, “sensibilidad en los huesos”, cansancio, dificultades para conciliar el sueño, dolor generalizado, dolor muscular intenso, y taquicardias.
- b) **Especialistas visitados.** Todas las pacientes visitaron más de un especialista durante la búsqueda de un diagnóstico: reumatólogos, ginecólogos, internistas, fisioterapeutas, médico general, cardiólogos, traumatólogos, ortopedistas, neurólogos.
- c) **Estudios realizados.** Las pacientes reportaron haberse sometido a diversos estudios para contar con un diagnóstico: pruebas de sangre, electroencefalograma, tomografía, resonancia magnética entre otras.

- d) **El diagnóstico recibido.** Todas las pacientes recibieron más de un diagnóstico antes de considerarlas con el SFM: depresión, gastritis, cambios hormonales, “agua en la matriz”, contractura muscular, escoliosis, espondilitis, hernia cervical, tensión, sobrepeso, nervio carpiano, estrés, sobre peso, cuadro psicótico, hipocondriasis, artritis reumatoide, osteoporosis y estrés.
- e) **Tipos de tratamientos.** Las pacientes reportan haber recibido un tratamiento mixto con alopátia y tratamientos alternativos. Las pacientes describen haberse sometido a diferentes tratamientos con la finalidad de aliviar los síntomas de la fibromialgia. Entre los tratamientos destacan los farmacológicos, homeopáticos, acupuntura, terapia de tanque, reflexología, imanes, Tai Chi, té, control de peso/dieta, yoga, camas coreanas, masajes, musicoterapia, aromaterapia.
- f) **Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos** Se reportó la presencia de depresión, intento de suicidio, convulsiones, esquizofrenia, ansiedad/ nervioso, trastorno de personalidad en miembros de la familia.
- g) **Antecedentes familiares que ellas relacionaron principalmente con dolor (similar a la fibromialgia).** Las pacientes reportaron tener familiares con síntomas reumáticos, cáncer, dolor general, enfermedades del sistema inmunológico, problemas de corazón, miastenia gravis, problemas de columna.

III Aspectos psicológicos

La información de este apartado da cuenta de manera precisa el estado psico-emocional de la paciente descrita con sus propias palabras: sentimientos, emociones, tipos de abuso, como ha cambiado gradualmente su vida y proyectos a futuro.

- a) **Sentimientos que provoca la enfermedad.** La mayor parte de las pacientes reportan tristeza y depresión: “te baja el ánimo”, “no tienes ganas de hacer las cosas”, “me dan ganas de llorar”. Se reporta enojo, coraje, frustración y desesperación “por no poder llevar una vida normal como todo el mundo” y “no poder controlar la enfermedad.”, reportan “estar cansadas de sentir el dolor permanente”.
- b) **Emociones que provoca la enfermedad** Las pacientes reportan estar frecuentemente irritadas, ansiosas, tener angustia, tener miedo “hacia las cosas que antes realizaba”, “estar en un estado constante de alerta”.
- c) **Preocupaciones.** Las preocupaciones identificadas en las entrevistas son: una intranquilidad sobre su situación (su problema físico, comorbilidades), el sobrepeso, la soledad “el no poder recibir ayuda”, “no puedo hacer cosas triviales como la comida y esas cosas”, “el problema económico”, “no puedo ayudar tanto como quisiera.”, “la adicción a los medicamento” aunados a una “incomprensión social”, no entiendo como la gente no entiende”. Sin embargo, también tienen preocupaciones hacia los demás: la salud de algún familiar: “que mi hija padezca fibromialgia (en el futuro)”, “papá con diabetes”, “hermana con convulsiones”, “hermano con esquizofrenia”. Problemas de pareja: “me peleo con mi esposo”, el control de los hijos, “salidas a fiestas, y la adolescencia”.
- d) **Abuso recibido.** Las entrevistadas reportaron haber experimentado diferentes tipos de abuso usualmente por parte de personas cercanas a ellas. El maltrato recibido es descrito de diferentes formas y abarca el físico y psicológico:”mi mamá me

comparaba con todo el mundo y siempre salía por debajo de los demás,” “mi papá siempre fue una persona con depresión y amenazaba con suicidarse, yo presencie un intento de suicidio”, “nos pegaban si no obedecíamos”, “intento de abuso sexual por parte de un vecino”, “mis primos me tocaban,” “abuso sexual por parte de mi abuela,” “mi abuelo me tocaba los pechos y yo pensaba que así era y no debía hacer nada”, “mi papá era violento con mi mamá y conmigo”, “mi mamá me insultaba mucho”, “madre estricta” “no me dejaban dormir,” “era insoportable vivir en mi casa,” “mi padre era una persona inflexible y nos hacía sufrir”. La manipulación también presente indica: “mi marido se enoja porque me corto el cabello”, “en mi familia me obligaron a abortar”; El menosprecio se externa en forma de: “me toman como floja”.

IV Como afronta su enfermedad. En este apartado se reunieron las diferentes estrategias y conductas asumidas por las pacientes para enfrentar su enfermedad.

a) **Actividades que realiza *para aminorar* los síntomas.** Las conductas de las pacientes ante las crisis de la enfermedad son: “tomo medicamento, “he llegado tomar 8 pastillas por el dolor”, “me baño con agua caliente”, “me acuesto”, “me apapacho,” “no pongo mucha atención (al dolor)”, “me pongo a leer”, “ver televisión”, “escuchar música”, “todo el tiempo estoy diciendo que todo es normal y que no va a pasar nada”, “me encierro en mi cuarto y no quiero ver a nadie”, “busco tener actitudes positivas”.

b) **Actividades que realiza *a pesar* de los síntomas.** Actividades cotidianas que realizaban antes “lo básico, quehacer en la casa”, “comida”, “trastes”, “tender mi

cama”, “planchar”, “hacer ejercicio”, trabajo doméstico ,trabajo, “cuidar a alguien”, etc.

- c) **Actividades que hace la paciente cuando *no presenta* los síntomas.** Las pacientes dicen: realizar actividades familiares, tejer, ir al cine, correr, ver amistades, planear proyectos, “salir al parque y jugar con mi hijo, “ejercicio, los actividades de la vida cotidiana, actividades culturales, pensar positivo”, “duermo mejor”, “hago pendientes o cosas que me gustan”.
- d) **Actividades que *deja de hacer* por los síntomas.** Las pacientes precisan una serie actividades afectadas por la sintomatología, algunas de las cuales implican un cambio en su estilo de vida: impacto en las actividades de la vida cotidiana, actividades físicas e intelectuales “me cuesta trabajo abrir puertas y cerrarlas”, “cargar cosas pesadas”, actividades sociales, recreativas, arreglo personal, “el aseo personal es una actividad que se me dificulta, en ocasiones ni siquiera me baño he durado hasta 2 días sin bañarme ni arreglarme porque no puedo”, “no aguanto las medias porque siento que me ahogo”, cuidado de los hijos, hacer ejercicio, , trabajo, estudiar, manejar. La socialización es otro campo descrito que se afecta gravemente, aspectos sutiles como “evito los abrazos con otras personas por temor a sufrir más dolor.” En otros casos refieren “todo lo que implique salir lo evito porque no se qué día me voy a sentir bien y que día mal”, “ya no salgo por la presión”, “antes me gustaba salir mucho”.
- e) **Cambios y estrategias que ha tenido que implementar para afrontar los síntomas de la enfermedad.** Entre los cambios que hacen las pacientes destacan: pedir

incapacidad laboral, buscar apoyo familiar, etc. La aceptación, el distraerse y tener “actitudes positivas” son conductas que les ha funcionado, la planeación es otra herramienta que utilizan algunas: “cuando me siento bien planeo, si me siento mal me acuesto”, “todo lo apunto porque se me olvida”, “no me salgo de la rutina a menos que haya algo urgente”, “aplaudirme en todo lo que hago”, Sin embargo, se reportan dificultades para desarrollar este tipo de conductas: “nunca he sabido (planear)”, “como un barquito a donde me lleva la corriente, no tengo voz ni voto”, “vivo al día como amanezco,” “me causa frustración planearlo y a veces no poder”, “me enojo conmigo misma”.

- f) **Que le gusta hacer.** Las actividades que les gusta hacer y que suelen utilizarse para afrontar la enfermedad se relacionan con la vida social: “visitar familiares”; “atender a mis familiares, “visitar amigos”, “ir de compras”, “hacer ejercicio”, “leer”, “escuchar música” “cocinar”, “tejer”, “hacer el jardín”, “ir a conciertos”, “buscar en internet,” “quedarme sola en casa sin planes”.
- g) **Actitudes de los familiares hacia las pacientes.** Frecuentemente las pacientes se sienten incapaces de hacer las cosas y reportan una incomprensión e indiferencia en su familia: “no me entienden”, “me dicen que me tome mi medicamento y que me vaya a dormir”, “mi esposo es muy indiferente”, “mis hermanas no me creen, piensan que soy muy negativa”, “lo conciben como depresión”, “me dicen que yo apapacho a la enfermedad”. Reportan sentirse discriminadas y angustiadas por su condición, al mismo tiempo indican que reciben apoyo de su familia: “tratan de

ayudarme con apoyo económico”, “me dicen que este tranquila, que no abuse porque después voy a estar peor”.

- h) **Proyectos a futuro.** Se encontró que las pacientes condicionan elaborar sus proyectos siempre y cuando la enfermedad aminore y puedan sentirse mejor.

V Aspectos sociales

La información analizada mostró elementos no contemplados en la entrevista de Turk, al recuperar esta información la mayoría se relacionó con el ámbito social y se organizó de la siguiente manera: redes sociales, actitudes recibidas de los profesionales de la salud, estado civil, escolaridad, situación laboral, percepción de la causa de la enfermedad.

- a) **Redes sociales.** El análisis de la información mostró que las pacientes reciben ayuda de personas con las cuales tienen más confianza y por ello platican sobre su enfermedad: “mis suegra me cuida a mis hijos desde el año pasado,” “mi papá me ayuda con la medicina”, “mi mamá me apoya económicamente,” “mi hermano ayuda con un poco de dinero,” “mi esposo me apoya en lo emocional.”
- b) **Actitudes recibidas de los profesionales de la salud.** Con frecuencia las pacientes reportan que las actitudes de los profesionales de la salud son poco positivas. Esto genera un efecto desfavorable en ellas y por tanto la relación médico paciente se afecta severamente. Las pacientes no se sienten bien tratadas, ni comprendidas, esta actitud de los profesionales de la salud puede obstaculizar que los médicos diagnostiquen y manejen a los pacientes adecuadamente, además de generar stress y crear un efecto negativo en los tratamientos correspondientes. Los casos

revisados reportan: “al principio era enojo porque me han dicho que no tengo nada”, “decepcionada y cansada de todos”, “sufrí abuso con un médico porque no me hacía caso, “como era muy frío ya no regrese,” “dejé de visitarlos porque no me entienden”.

- c) **Estado civil:** Este ítem no está incluido en el formato de Turk sin embargo, los datos analizados muestran que poco más de la mitad de ellas de las pacientes son separadas.
- d) **Escolaridad.** Este ítem tampoco está incluido dentro del formato original, en este rubro los datos relevantes de las entrevistas indican que: la mayoría tiene estudios de educación básica y media superior, un número muy reducido tiene estudios de licenciatura.
- e) **Situación laboral** De las entrevistas analizadas la mayor parte de las pacientes reportaron no laborar actualmente y por ende no percibir salario alguno, una de ellas reporto haber sido despedida “por no rendir en el trabajo”. Solo 2 pacientes reportan laborar y percibir una remuneración económica y 3 casos se reportó haber recibido apoyo alguno en su trabajo.
- f) **Percepción de la causa de la fibromialgia.** Las pacientes perciben que el origen de la enfermedad se ubica en: causas físicas, psicológicas y eventos traumáticos.
 - 1. **Eventos físicos:** las pacientes indican que la enfermedad puede tener como origen: el insomnio, tensión, procesos infecciosos, “los cambios de clima”, “cansancio”, factores genéticos, “familia con cáncer”, “baja presión severa”.

2. **Eventos psicológicos:** las pacientes describen que el detonante fue: “la pérdida de algún familiar”, “el estrés”, “vivir lejos”, “estar sola”, “el desgaste y cansancio psicológico”, “miedo a trabajar mis problemas psicológicos,” “mi estado emocional”, “el modo de trabajar”, “mis problemas emocionales,” problemas de pareja (divorcio), “mi forma de ser, soy muy perfeccionista y tomo las cosas muy a pecho”, “la depresión y la ansiedad”.
3. **Eventos traumáticos.** Los eventos traumáticos reportados que pudieron originar la fibromialgia son: “accidente automovilístico,” “caídas/accidentes,” “embarazos difíciles”, “abuso sexual/violaciones,” “la muerte de toda mi familia”.

8 Conclusiones

Una de las principales conclusiones de este trabajo fue considerar a la entrevista psicológica de primera vez como una pieza fundamental para el diagnóstico e inicio del tratamiento de la paciente con fibromialgia. De esta manera el aporte de un formato de entrevista psicológica para elaborar un buen diagnóstico psicológico le permitiría al profesional de la salud conocer mejor a la paciente que llega a la consulta y promover un correcto tratamiento. Cabe enfatizar que durante el desarrollo de la investigación se contó con información precisa sobre el diagnóstico psicológico de las pacientes entrevistadas, sin embargo, éste no se presenta debido a que no constituyó objeto de este trabajo.

Es importante precisar que durante el desarrollo de la investigación se generaron varios procesos de aprendizaje: el poder presenciar las entrevistas realizadas por la psicóloga María Isabel Barrera Villalpando² permitió conocer la naturaleza de fibromialgia en las palabras de la pacientes, la revisión de la literatura que hay sobre un síndrome tan complejo como lo es la fibromialgia y las técnicas del manejo de la entrevista fueron los más significativos. A continuación se presentan dos tipos de conclusiones:

- A. Conclusiones generales sobre la entrevista psicológica de primera vez**
- B. Descripción de los nuevos rubros de la entrevista propuesta.**

² La psicóloga María Isabel Barrera Villalpando es experta en el área de fibromialgia y la responsable de atender a las pacientes que ingresan al “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz”.

A.- Conclusiones generales sobre la entrevista

a.1 Inicio y orden de la entrevista

Establecer un adecuado rapport para ofrecer condiciones de confianza y seguridad. Se tomó en cuenta la lógica de contenidos de la narración de las pacientes para propiciar cierta flexibilidad y mantener la atención de las pacientes.

a.2 Duración de la entrevista

Después de presenciar diversas entrevistas y una vez realizado el análisis de la información se consideró que el tiempo estimado para hacer la entrevista sea de una hora aproximadamente, en este tiempo psicólogo podrá abordar los diferentes apartados de la misma y retroalimentar a la paciente.

a.3 Personas que aplican la entrevista

La entrevista psicológica debe ser aplicada por dos profesionales de la salud, un responsable de conducir la entrevista y un escrutador, esto garantiza recuperar con mayor fidelidad el discurso de la paciente. El encargado de conducir la entrevista se enfocará en poner toda su atención a lo que la paciente manifiesta, elaborar preguntas para profundizar en la información proporcionada, datos que en algunos casos son omitidos y pasan desapercibidos por el entrevistador (fechas, historial médico, eventos dolorosos etc.). Por su parte el escrutador podrá hacer intervenciones aun que su tarea esencial es la captura de la información.

a.4 Factores intrusivos o facilitadores

En la entrevista se dan factores intrusivos (que afectan el desarrollo de la entrevista, alterándola) y factores facilitadores (aquellos que facilitan el desarrollo natural de la misma). En el caso de los primeros se tiene: la transcripción en la computadora, el sonido de teléfonos, la interrupción de una persona ajena a la entrevista y que el aplicador de la entrevista sea un varón, ya que la mayoría de las pacientes con fibromialgia son mujeres.

a.5 Lenguaje de los pacientes

Se debe cuidar el lenguaje empleado en la entrevista, buscando utilizar términos con los que el paciente esté familiarizado.

a.6 Contenidos emocionales

Durante la entrevista la paciente experimenta un conjunto de emociones y sentimientos, el psicólogo debe poner atención en las manifestaciones que expresan las pacientes con la finalidad de poder contenerla y apoyarla.

B.- Descripción de los nuevos rubros de la entrevista propuesta.

En este apartado se presentan las preguntas incorporadas al formato original y las razones que justifican su inclusión en propuesta de guía de entrevista psicológica.

b.1 ¿Quién la refirió al Instituto y cuándo? De inicio con estas dos interrogantes el psicólogo marca la pauta sobre el tipo de trayectoria médica que ha desarrollado la paciente en la búsqueda de aliviar sus síntomas. Con esta información la paciente informa si cuenta con un diagnóstico de fibromialgia (por escrito), debido a las

pacientes que ocasionalmente llegan con una sintomatología similar a la fibromialgia sin padecerla. Este tipo de preguntas genera que la paciente perciba el interés del psicólogo para conocer el motivo de consulta en este servicio de salud. Lo anterior se relaciona directamente con la trayectoria conflictiva que caracteriza a esta enfermedad. Identificar el tiempo atención es un dato relevante para conocer la trayectoria de la paciente. Es importante que el psicólogo acote la información desde estas preguntas iniciales, ya que la paciente puede ampliarse en detalles poco relevantes para la entrevista psicológica.

i.-¿Cuáles fueron las principales molestias que motivaron ir al médico y qué tiempo hace? Con esto se tiene una aproximación a la historia de su enfermedad y se cuenta con un parámetro aproximado sobre el tiempo que ha transcurrido entre el inicio de las molestias (búsqueda de ayuda) y la referencia final hacia al Instituto.

ii.-¿Qué médicos especialistas ha visitado desde entonces?

- Lo que le han comentado acerca de sus síntomas
- ¿Qué diagnósticos ha recibido por esta enfermedad?
- Comentarios espontáneos sobre la calidad de la atención recibida (aspectos técnicos y trato personal)

Con esta pregunta se busca obtener información sobre la trayectoria de la paciente. Los diferentes especialistas visitados reflejan su desgaste en esfuerzo, tiempo y dinero. Los diagnósticos recibidos

muestran los obstáculos a los que se ha enfrentado para ser entendida y atendida, permiten comprender parte de la ansiedad con la que esperan la cita con un psicólogo para que alguien las escuche. Lo anterior es relevante al ser comentado por las pacientes que mencionan “era la primera vez que alguien realmente me escuchaba”.

b.2. Descripción del inicio y progresión de la enfermedad La descripción de los síntomas padecidos puede ser de 3 tipos: **La focalización** de la molestia ayuda a la paciente a referir las zonas de su cuerpo más afectadas por el dolor, **la sensación** que produce el dolor, permite a la paciente hablar de síntomas que para ella son confusos, con una retroalimentación del psicólogo se busca que la paciente pueda hablar libre y detalladamente de eso de lo que habla poco. **La intensidad, frecuencia y duración** de la molestia, es información importante para evaluar el impacto físico que tiene la fibromialgia en la paciente.

i.- Descripción del dolor

- **¿En dónde tiene dolor? (focalización del dolor)**
- **¿Qué tipo de sensación le produce?**
- **¿Desde cuándo tiene este dolor que me describe?**
- **Intensidad, frecuencia y duración del dolor.**

ii.- Cansancio

- **¿Cómo duerme por las noches?**

- ¿Cómo describiría sus problemas para dormir?
- ¿Siente cansancio?
- ¿Cómo se presenta este cansancio (descripción)?
- Intensidad, frecuencia y duración del cansancio
- ¿Hace alguna actividad física?, ¿Qué actividades evita?

iii.- ¿Tiene problemas para concentrarse, recordar o planear actividades?

(¿Cuáles?)

- ¿Cómo describiría estos problemas?

iiii.- ¿Qué factores o situaciones empeoran sus molestias (sintomatología)?

Esta pregunta define si la paciente reconoce los factores o situaciones que incrementan la sintomatología de la enfermedad, además es necesario preguntar cuáles son esos factores.

iiiii.- ¿Qué otras molestias presenta?

iiiiii.- ¿Tiene alguna otra enfermedades, cuáles y desde cuándo?

Esta pregunta permite determinar otros tipos de enfermedades padecidas

b.3 Tratamientos recibidos

i.- ¿Qué tratamientos le han dado para tratar la fibromialgia?

ii.- ¿Qué dificultades ha tenido para seguir las indicaciones de los médicos?

iii.- ¿Hace alguna actividad física?

iii.- Tratamientos alternativos utilizados

Usualmente esta información la proporcionan las pacientes sin explicita la pregunta, por ello se incorpora este rubro. Debido a la importancia de la información se incorpora este rubro.

b.4 Antecedentes familiares

i.- **¿Algún familiar ha tenido alguna molestia o dolor similar a su padecimiento ?**

ii.- **¿Algún familiar ha tenido antecedentes de enfermedad psiquiátrica?**

b.5 Aspectos psicológicos

i.- **¿Cuál considera que es el origen de su enfermedad?** La percepción que tiene la paciente sobre las causantes de su enfermedad es fundamental para entender su situación psicológica y su pronóstico. Si bien no se conoce la etiología de la fibromialgia, pueden considerarse al conjunto de situaciones adversas como detonantes de la misma y deben ser abordadas durante el tratamiento psicológico.

ii.- **¿Cuáles son los sentimientos y/o emociones que le ha provocado la enfermedad?**

El estado psicológico y emocional que la paciente expresa durante la entrevista es de suma importancia, el psicólogo debe estar muy atento a las palabras que utiliza, así como a su tono de voz etc. El reporte de estas sensaciones permite suponer que el dolor produce los trastornos afectivos y no viceversa. La causalidad, por supuesto, no se puede inferir con estos testimonios, pero la forma como

experimentan y reportan las molestias también debe ser tomada en cuenta para la comprensión del SFM.

iii.- Actualmente ¿Qué cosas le preocupan?

iiii.- Actualmente ¿Qué cosas le causan estrés?

Las preocupaciones o las situaciones estresantes son factores que afloran durante la entrevista, esto posibilita que el entrevistador obtenga más información sobre la dinámica familiar, estilos de vida, problemas económicos, etc.

iiiii.- ¿Ha sido víctima de algún tipo de abuso psicológico, emocional, físico o sexual?

Esta pregunta es una de las más difíciles de responder para las pacientes por el contenido emocional que implica, puede resultar incómodo hablar de ello e incluso afectar el curso de la entrevista. Cuando el psicólogo pregunta si la paciente ha sido “víctima de...” le está dando su lugar y cuando se le nombra como víctima la paciente está en su derecho de recriminar y denunciar los agravios de que ha sido objeto en su vida. En esta parte se debe alentar el discurso de la paciente, contenerla de ser necesario y comprenderla en caso de llanto.

iiiii.- ¿Siente que últimamente ha tenido cambios importantes en su estado de ánimo? ¿puede describirlos?

b.6 ¿Cómo afronta su enfermedad?

i.- ¿Qué actividades realiza para disminuir las crisis de dolor?

Es importante saber cuáles son las actividades empleadas por la paciente que le han dado buen resultado y alentarlas.

ii.- ¿Qué actividades realiza a pesar de sus molestias?

Generalmente a pesar de las molestias físicas, del dolor y el cansancio, las pacientes se esfuerzan por realizar sus tareas en el hogar y el trabajo.

iii.- ¿Qué actividades realiza cuando no siente las molestias?

En estas situaciones las pacientes tienen la tendencia a realizar todo lo que no han podido hacer, con lo cual reflejan una incapacidad para establecer sus propios límites. En este caso el psicólogo debe orientar a la paciente a conducir mejor sus esfuerzos a fin de que vaya controlando su sintomatología

iiii.- ¿Qué es actividades dejan de realizar por sus molestias?

Cuando las molestias son severas suele darse una incapacidad que a su vez provoca sentimientos de minusvalía, depresión etc.

iiiii.- En general, ¿Qué actividades son las que más disfruta?

Las actividades placenteras que las pacientes hacen, son un referente sobre la progresión de la enfermedad y deben ser consideradas como un punto central en el tratamiento.

iiiiii.- ¿Qué cambios ha hecho en sus actividades cotidianas para disminuir las molestias y para enfrentar la enfermedad?

Esto refleja su capacidad para enfrentar problemas y el grado en que la enfermedad la ha incapacitado.

b.7 Aspectos sociales

En este apartado se agrupa la información de la vida social de la paciente, se inicia preguntando con quién vive, a quién le platica de su enfermedad, quién la acompaña a sus visitas médicas y si recibe apoyo económico de alguien. Con esto el psicólogo tiene una idea general de la dinámica familiar, personas de más confianza, apoyos recibidos, si no recibe apoyo o si existe un condicionamiento o manipulación.

i.- ¿Con quién vive usted?

ii.- ¿Quién colabora en las labores del hogar?

iii. ¿A quiénes les platica sobre sus molestias?

iiii.- ¿Quién la acompaña a sus consultas médicas?

iiiii.- ¿ Con qué tipo de apoyo familiar ha contado usted para sobrellevar su enfermedad? (compra de medicamentos, manutención, comprensión, etc.)

iiiiii.- ¿Qué opinan sus familiares sobre su enfermedad?

iiiii.- ¿Qué tipo de apoyo le gustaría tener para sobrellevar mejor la fibromialgia?

b.8 Datos demográficos y situación laboral

i.- Estado civil actual

ii.- Último grado de estudios

iii.- Situación laboral actual

La situación laboral de la paciente es importante para conocer el nivel de incapacidad originado por la enfermedad. Si la paciente labora conviene saber si recibe algún tipo de apoyo en su trabajo para desempeñar su trabajo.

- ¿Dejó de trabajar como consecuencia de molestias de la fibromialgia?
- ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su trabajo como consecuencia de su

padecimiento?

b.9 Inquietudes y expectativas sobre su enfermedad

i.. ¿Cómo piensa su vida futura con las molestias de la fibromialgia?

ii.- ¿Cuáles son las expectativas sobre su enfermedad?

iii.- ¿Qué compromisos está dispuesta a hacer para su tratamiento?

Para el cierre de la entrevista y una vez completados los apartados mencionados, el psicólogo debe preguntar cuál sería el compromiso que está dispuesta a hacer para iniciar el tratamiento, la paciente hace un compromiso consigo misma y con el psicólogo. Mediante este compromiso se busca sellar la relación con la paciente de una manera positiva.

La experiencia obtenida como resultado del trabajo con las pacientes y las entrevistas me generó una sensibilidad hacia las mujeres que padecen este complejo síndrome, me permitió conocer la dinámica de la entrevista y aprender las técnicas y conducción de la

misma. En conjunto el trabajo desarrollado fue parte de un proceso formativo y sensibilizador, aplicando los conocimientos adquiridos en la carrera para asumir el rol de profesional de la salud.

9 Propuesta de guía de entrevista psicológica para pacientes con fibromialgia.

1 Trayectoria de atención médica

1.1 ¿Quién y cuándo la refirió a este Instituto? (o servicio de salud donde se realiza la entrevista)*

1.2 ¿Cuáles fueron las principales molestias de esta enfermedad que la motivaron a ir al médico y hace cuanto tiempo?*

1.3 ¿Qué médicos ha visitado desde entonces? *

1.3.1 ¿Qué le han comentado acerca de sus síntomas?

1.3.2 Comentarios espontáneos sobre la calidad de la atención recibida (aspectos técnicos y trato personal)

2 Descripción del inicio y progresión de la enfermedad.

2.1 Descripción del dolor

2.1.1 ¿En dónde tiene dolor? (focalización del dolor)

2.1.2 ¿Qué tipo de sensación le produce?

2.1.3 ¿Desde cuándo tiene este dolor que me describe?

2.1.4 Intensidad, frecuencia y duración del dolor. *

2.2 Cansancio

2.2.1 ¿Cómo duerme por las noches?

2.2.1.1 ¿Cómo describiría sus problemas para dormir?

2.2.1.2 ¿Siente cansancio?

2.3 ¿Cómo se presenta este cansancio (descripción)?

2.3.1 Intensidad, frecuencia y duración del cansancio

2.3.2 ¿Hace alguna actividad física?, ¿Qué actividades evita?

2.4 ¿Tiene problemas para concentrarse, recordar o planear actividades?,

¿Cuáles?

2.5 ¿Cómo describiría estos problemas?

2.6 ¿Qué factores o situaciones empeoran sus molestias (sintomatología)?

2.7 ¿Qué otras molestias presenta?

2.8 ¿Tiene alguna otra enfermedad, desde cuándo?

3 Tratamientos recibidos.

3.1 ¿Qué tratamientos le han dado para tratar la fibromialgia? (alópata, alternativos y otros – dieta, ejercicio-)

3.2 ¿Qué dificultades ha tenido para seguir las indicaciones de los médicos?

4 Antecedentes familiares

4.1 ¿Algún familiar ha tenido molestia similar a la fibromialgia?

4.2 ¿Algún familiar ha tenido alguna enfermedad psiquiátrica?

5 Aspectos psicológicos

5.1 ¿A qué cree usted que se deba su fibromialgia?

5.2 ¿Qué sentimientos o emociones le ha provocado la enfermedad?

5.3 Actualmente ¿Qué cosas le preocupan?

5.4 Actualmente ¿Qué cosas o situaciones le causan estrés?

5.5 ¿Ha sido víctima de algún tipo de abuso psicológico, emocional, físico o sexual?

5.6 ¿Siente que últimamente ha tenido cambios importantes en su estado de ánimo, puede describirlos?

5.7 ¿Siente que últimamente ha tenido problemas psicológicos, puede describirlos?

6 Aspectos sociales

6.1 ¿Con quién vive?

6.2 ¿Quién colabora en las labores del hogar?

6.3 ¿A quiénes les platica sobre sus molestias de la fibromialgia?

6.4 ¿Quién la acompaña a sus consultas médicas?

6.5 ¿Qué tipo de apoyo familiar recibe para sobrellevar su enfermedad? (compra de medicamentos, manutención, comprensión etc.)

6.6 ¿Qué opinan sus familiares sobre su enfermedad?

6.7 ¿Qué tipo de apoyo le gustaría tener para sobrellevar mejor la fibromialgia?

7 Datos demográficos y situación laboral

7.1 Estado civil actual

7.2 Último grado de estudios

7.3 Situación laboral actual

7.3.1 ¿Dejó de trabajar como consecuencia de molestias de la fibromialgia? (trabajo remunerado)

7.3.2 ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su trabajo que hayan sido consecuencia de su fibromialgia?

8 Cómo afronta su enfermedad

8.1 ¿Qué cosas le ayudan a disminuir las molestias de la fibromialgia: dolor, cansancio, problemas para dormir, depresión, ansiedad, problemas estomacales, etc?

8.2 ¿Qué hace para disminuir las crisis de dolor?

8.3 ¿Qué actividades sigue realizando a pesar de sus molestias?

8.4 ¿Qué actividades escoge usted hacer cuando no siente las molestias o síntomas?

8.5 ¿Qué actividades deja de hacer por sus molestias?

8.6 En general, ¿Qué actividades son las que más disfruta?

8.7 ¿Qué cambios ha hecho en sus actividades cotidianas para disminuir las molestias y para enfrentar la enfermedad?

9 Inquietudes y expectativas sobre su enfermedad

9.1 ¿Cómo piensa usted que será su vida con las molestias de la fibromialgia?

9.2 ¿Qué expectativas tiene sobre su enfermedad?

9.3 ¿Qué espera usted del tratamiento a iniciar?

9.4 ¿Qué compromiso está dispuesta a hacer para iniciar el tratamiento?

Referencias

Abello-Banfi, M., Cardien, M. H., Ruiz, R., & Alarcón-Segovia, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a Spanish version of the Arthritis Impact Measurement Scales (Spanish-AIMS) *Journal rheumatology*, 21(7).

Ablin, JN., Gurevitz, I., Cohen, H., & Buskila, D. (2011). Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. *Clinical and experimental rheumatology*, 29(6).

Ariel, D., & Teitel, D. M. (2012, 22 de febrero). *Med line plus*. Recuperado el 30 octubre de 2013 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000427.htm>, 22

Arnold, L. M. (2008). Management of fibromyalgia and comorbidity psychiatric disorders. *Journal Clinical Psychiatry*, 69(2).

Assumpção, A., Cavalcante, A., Capela, C., Sauer, J., Chalot, S., Pereira, et al., (2009.). Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(10).

Badia, X., Muriel C., Gracia, A., Núñez-Olarte M., Perulero, J., Gálvez, N., et al. (2003). Cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Medicina Clínica*. 120 (2) 52-9.

Barzallo, C., & Vallejo, M. (2008). Una nueva definición de dolor neuropático y un nuevo enfoque para guiar su diagnóstico *Revista iberoamericana del dolor*, (1)

Berrocal, C., Ruiz M., P., Perchán, A., Mansukhani, P. Rucci, G., & Cassano, B. (2006). The Mood Spectrum Self-Report: validation and adaptation into Spanish *Depression and anxiety*, 20(4).

Bingham & Moore. (1960). *Cómo entrevistar*. Madrid España: *Rialp*. pp, 10-19, 311, 312, 322, 325.

Bleger, J. (1985). * *La entrevista psicológica (su empleo en el diagnóstico y la investigación), en Temas de sicología (Entrevista y grupos)*, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, pp. 9-43.

Boyer, L., Pastor, M., Ferrandéz, N., & Lopez, S. (2011). Factores psicosociales y utilización de servicios sanitarios en la fibromialgia: una revisión. *International Journal of Psychological Research*, 4 (2), 80.

Branco, J.C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, A., Blotman, F., Spaeth, M., et al. (2009). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39, 448-453.

Bulbena A, Berrios G. E, Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Madrid: Masson Sa.

Buskila, D., Ablin, J. N., Ben-Zion, I., Muntanu, D., Shalev, A., et al. (2009). A painful train of events: increased prevalence of fibromyalgia in survivors of a major train crash. *Clinical and experimental rheumatology*, 5 (56).

Casado, H., & Eleazar. (1991). *Entrevista psicológica y comunicación humana: un modelo teórico práctico*. Caracas Venezuela: fondo editorial Tropykos.

Casas, Rivero. (2009). Síndrome de fatiga crónica *Pediatría Integral*, 13 (3), 277, 279.

Castro, N. (2008). Fibromialgia y comorbilidad. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25 (1), 69,70.

Cohen, S., & Garth, M. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *University of Oregon: Hillsdale*.

Consoli, G., Marazziti, D., Ciapparelli, A., Bazzichi, L., Massimetti, G., Giacomelli, C., et al. (2012). Impact of mood, anxiety and sleep disorders on fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry, 53*. (7).

Cruz-Fuentes, C., López, L., Blas-García, C., González, L., & Chávez R. (2005): Datos sobre la validez y la confiabilidad de la symptom check list (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental, 28* 72-81.

Cueli, J. G. (1960). Dinámica de la relación médico paciente. *Revista médica, 6* (20).

Dauvilliers, Y., & Touchon, J. (2001). Sleep in fibromyalgia: review and polysomnographic data. *Clinical Neurophysiology, 31* (1).

Epstein, S., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., et al. (1999). *Psychiatric Disorders in patients with fibromyalgia, 40* (1).

Escofet, D. (1997). *Reumatología en la consulta diaria*, España: Ed Expans.

Escudero, C., García, T., Prieto, R., Pérez, C., & March, C. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica, 6* (1),16.

Fairbank, J., Couper, J., & Davies, J., (1980).The Oswestry low back pain questionnaire. 66:271–273. (No hay traducción al español).

Fietta, P., Fietta P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica, 78* (2), 88.

First, M. B. Pinus, H., Frances, A. (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: *Masson*.

Fritz & Helgeson. (1993) Unmitigated communion in the form of a self-report scale. *Journal of Research in Personality*, 33, 131–158 *No hay traducción al español.

Góes, S. M, Leite, N., Shay, B. L., Homann, D., Stefanello, J. M., & Rodacki, A. L. (2012). Functional capacity; muscle strength and falls in women with fibromyalgia *Clinical biomechanics*, 27(6), 578-83.

González, M., & Landero, R. (2007) *Factor Structure of the perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. The Spanish Journal of psychology*, 10 (1), 199-206.

González, V., Stewart, A., Ritter, P., & Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis and Rheumatism*, 38(10), 1429-1446.

Grodman, I., Buskila, D., Arnsion, Y., Altaman, A., Amital, D., & Amital, H. (2011). Understanding fibromyalgia and its resultant disability. *The Israel Medical Association Journal*, 13 (12), 769-72.

Harris, E., Budd, R., & Gary, F. (2006). *Kelley tratado de reumatología*, España: Elsevier. 532.

Hearding, S.M. (1998). Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *The American Journal of the Medical Sciences*, 6.

Henriksson, C. M., & Liedberg, G. (2000). Factors of importance of work disability in women with fibromyalgia *The Journal of Rheumatology*, 27(5).

Henriksson, C. M., Liedberg, G. M., & Gerdle, B. (2005). Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 27 (12).

Hernández, B., Cerezo, G., Rodríguez, L., & Rodríguez, V. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *Anales de medicina interna*, 23 238-244.

Herrero, M. J., Blanch, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4):277-283.

Houdenhove, V., Kempke, S., & Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports*, 12 (3).

Hudson, J. I., Goldenberg, L., Poe, G., & Keck, E. (1992) Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorder. *The American Journal of medicine*, 92 (4), 366.

Jones, K. D., Sherman, C. A., Mist S. D, Carson, J. W, Bennett, R. M, Li, F. (2012). A randomized controlled trial of 8 form tai chi improves symptoms and functional mobility in fibromyalgia patients. *Clinics Rheumatol*, 31 (8).

Jurado, S., Villegas, Enedina, M., Méndez L., Rodríguez F., Loperena V., & Varela, R. (1998) Estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México *Salud Mental*, 21(3), 26-3.

Libros virtuales intra med (s.f.) Recuperado el 30 de octubre 2013 de http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_06.pdf

Lichtenstein, P. (1990). *The medical interview Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. Boston: Butterworths. pp 29

López, M., & Mingote, C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y salud*, 19 (3), 346.

López-Martínez, A. E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *Journal of Pain*. 9 (4).

Low, L. A., & Schweinhardt, P. (2011). Early life adversity as risk factor for fibromyalgia in later life. *Pain Research and Treatment*.1-15

Mannerkorpi, K., & Gard, G. (2012). Hinders for continued work among persons with fibromyalgia *BMC Musculoskeletal Disorders*.

Martínez, M. P. Belloch, Cristina, Botella (1999). Somatosensory amplification in hypochondriasis and pain Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 46-53.

Martínez-Lavín. (2012a.). *La ciencia y la clínica de la fibromialgia*. México: Panamericana, (7, 8, 32, 34, 35,42).

Martínez-Lavín (2012b). Fibromyalgia: When distress becomes (Un) sympathetic pain. *Pain and research and treatment*, 2-5.

Medina Mora, M.E, Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J, Fleiz, C., Villatoro J, Rojas, E., Zambrano J.,(2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV (CES-D) *psychological medicine*, 35(12).

Michael B. Firts, H., Pincus A., Frances A., (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. *Masson*, Barcelona

Moldofsky, H. (2010). Rheumatic manifestations of sleep disorders. *Current opinion in rheumatology*. 22(1).

Montesó, C., Ferre, G., & Quintana, V. (2010). Fibromyalgia: beyond the depression. *Revista de enfermería*, 33(9).

Morales, O., Mejía, M., & Reyes, S. (2010) Síndrome fibromiálgico: tratamiento multidisciplinario según evidencia *Revista Colombiana de Reumatología*, 17 (4) 231-244.

Nahoum, C. (1961). *La entrevista psicológica*, México:.. Kapelusz. pp 9.

National Fibromyalgia Association. (s. f.). Recuperado el 30 de octubre 2013, de http://fmaware.org/PageServer6cc.html?pagename=fibromyalgia_affected

Okifuji, A., Turk, D. C., & Sherman, J. J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed. *Journal Rheumatol*, 27(1),

Pablo, J., Pintor, L., Bulbuena, A. (2003) A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25 (4),277-283.

Park, C., Glass, M., Miredith, M., & crofford, J. (2001). Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis & rheumatism*, 44 (9).

Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vazquez, A., & Gonzales, L. (s.f.). La entrevista. recuperado el 30 de octubre 2013 de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf

Peláez-Ballestas, I, Burgos-Vargas, R. (2005) Aproximación cualitativa en salud: una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas. *Reumatol Clinics*, 1 (3),166-74.

Peña, F. (2005, Diciembre). Redes sociales, apoyo social y salud. Recuperado 30 de octubre 2013 de: http://revistes.uab.cat/periferia/article/view/149_pp8, 9,10

Perrot, S., Bouhassira, D., Fermanian, J. (2010). Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST). *Pain*, 150 (2). (No hay versión traducida al español)

Perrot, S., Vicaut, E., Servant, D., & Ravaud, P.(2011). Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: the DEFI study. *BMS musculoskeletal disorders*, 12 1-9

Platt, F., & Gordon, H. (1999). *Field guide to the difficult patient interview*. Ed Lippincott Williams, 125-135.

Pros, Casas. (2003.). *Fibromialgia, una enfermedad de los tiempos modernos*. España: Ed. Océano.

Reyes del Paso, G.A., Pulgar, A., Duschek, S., & Garrido, S. (2011). Cognitive impairment in fibromyalgia syndrome: the impact of cardiovascular regulation, pain, emotional Disorders and medication. *European journal of pain*, 16 (3).

Rivera, J., & González, T. (2004). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*, (5), 554-60.

Robles R., & Páez F. (2003) Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26 69-75.

Rodham, K., Rance, N., Blake, D. (2010). A qualitative exploration of carers' and 'patients' experiences of fibromyalgia: one illness, different perspectives. *Musculoskeletal Care*, 8(2), 68-77

Rodríguez, F., Cano, G., & Blanco, A. (2004). Assessment of chronic pain coping strategies. *Actas españolas de psiquiatría*.

Rojí, M. (1997). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Universidad nacional de educación a distancia, Madrid. pp 11

Rosenstock, I. (1992). Por qué la gente utiliza los servicios de salud: White., Frenk, Ordóñez, Paganini, Stanfield. Investigación sobre Servicios de Salud una Antología. *Organización panamericana de la salud*, Washington. E.U.A. 405-424.

Ruddy, S., Harris, E., Sledge C., Budd, C., & Cergent, J. (2003). *Reumatología*, España Ed. Marabán.(197-199,530-535).

Santos, D. M, Lage, L. V., Jabur, E. K, Kaziyama, H. H, Iosifescu, D. V., Lucia, M. C., et al.,(2011). The association of major depressive episode and personality in patients with fibromyalgia. *Clinics science*, 66 (6), 973.

Scambler, G. (1991). *Sociology as applied to medicine*, London: Bailliére timdal, 44, 41.

Seyle, H. (1960). *La tensión en la vida*. Compañía General Buenos Aires: Fabril en

Shaw, C. (1988). *Psychiatric interview*. Philadelphia: W. B. Saundes Company.

Sherman, J., Turk, D. C., & Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain*, 16, 127-129

Shuster, J., McCormack, J., Riddell, P., & Toplak, M. E. (2009). Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain and research manage*, 14 (3).

Spaeth, M., Rizzi, M., & Sarzi-Puttini, P. (2011). Fibromyalgia and sleep, *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 25 (2).

Steven, A., & Cole, B. J. (1991) *The medical interview: three function approach*. St. Louis: Mosby year book.

Teresa M., González R., & Landero R., (2007) Factor Structure of the perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of psychology*, 10 (1), 199-206

Turk, D.C., Monarch, S. N., & Williams, A. D. (2002). Psychological evaluation of patients diagnosed with fibromyalgia syndrome: a comprehensive approach. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 28, 219–233.

Van, C.R. (2008) *Fibromyalgia Global Impact Survey Advancing Understanding*, Paris, France: *Aiding Diagnosis*, 3-50.

Verbunt, J., Pernot, D., & Smeets, R. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. Health and quality of life outcomes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6 (8).

Vidal M. C. (s.f.) Acerca de la buena comunicación en medicina. Libro virtual intranet revisado 27 de octubre 2013.

Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59 (6), 572-577.

White, KP., Speechley, M., Harth, M., Ostbye, T. (1990). The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., & Goldenberg, D. L. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33 160–72.

Wolfe, F., & Clauw, D. J. (2010). Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic for fibromyalgia. *Journal Rheumatology*, 38 (6), 600-610.

Yacut, E., Bayan, B. (2003). Confiabilidad y Validez de la Escala Visual Analógica Invertida (de Derecha a Izquierda) en Dolores de Diferente Intensidad *The pain clinic*, 15, (1) 1-6.

Yunnus, M. (2001). Síndrome de sensibilidad central. *Liga de fibromialgia de los EEUU*, 9(3), 2-4.