



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización En Psicología Clínica

LAS EMOCIONES COMO FACTOR DETONANTE DE CRISIS DE
FIBROMIALGIA: ESTUDIO CASO

REPORTE DE PRÁCTICA DE SERVICIO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ADRIANA DEL ROCIO CERRILLO ZERMEÑO

Director: Mtro. J. Jesús Becerra Ramírez

Vocal: Mtra. Evelin Alejandra Galicia Gómez

Secretario: Mtra. Mirna Elizabeth Quezada



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 08 de febrero del 2021



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.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
JUSTIFICACIÓN	4
Pregunta de investigación	6
Objetivo general	6
Objetivo específico	6
Hipótesis.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
Definición y sintomatología	7
Etiopatogenia	10
Patofisiología	14
Psicopatología	15
El dolor.....	15
Tratamiento de la fibromialgia.....	18
Emociones	20
ESTUDIO DE CASO	23
Método.....	23
Escenario	23
Instrumentos	24
Ficha de identificación.....	25
Motivo de consulta	26
Descripción operacional del problema	27
Diagnóstico	27
Intervención	27
Sesión 1	27
Sesión 2.....	27
Sesión 3.....	28
Sesión 4.....	29

Sesión 5.....	30
Sesión 6.....	31
Sesión 7.....	32
Sesión 8 y 9.....	32
Sesión 10.....	32
Sesión 11.....	33
Sesión 12.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	40
REFERENCIAS.....	42
ANEXOS.....	46

LAS EMOCIONES COMO FACTOR DETONANTE DE CRISIS DE FIBROMIALGIA: ESTUDIO CASO

RESUMEN

El objetivo de esta investigación trata de dar precedente de cómo una inadecuada regulación de las emociones puede mermar el estado físico de un individuo, en este caso de los pacientes que padecen de fibromialgia. Se detalla la intervención psicológica a usuaria previamente diagnosticada con fibromialgia, quien acude a consulta debido a problemas derivados de la misma enfermedad, pero tras ser evaluada se identifican problemas de control de la ira y las emociones las cuales impactan y deterioran su salud. La fibromialgia es una enfermedad crónica que puede resultar incapacitante para quien la padece pues disminuye considerablemente la funcionalidad del individuo, esto aunado a las alteraciones neuroendocrinas y de neurotransmisores característicos de la enfermedad que coadyuvan a una alta comorbilidad de trastornos emocionales, y las emociones a su vez pueden generar una exacerbación de los síntomas. Es así como resultó fundamental la intervención psicológica con entrenamiento en regulación emocional como parte del tratamiento, el cual constó de 9 de 12 sesiones programadas con el objetivo de prevenir las crisis, disminuir su frecuencia, su intensidad y ayudar a paliar la sintomatología, de manera que permita tener un mejor afrontamiento hacia la enfermedad y así mejorar en lo posible calidad de vida de la usuaria.

Palabras clave: Enfermedad, dolor, crisis, afrontamiento, síntomas, emociones.

ABSTRACT

The objective of this research tries to set a precedent for how an inadequate regulation of emotions can reduce the physical state of an individual, in this case of patients suffering from fibromyalgia. The psychological intervention for a user previously diagnosed with fibromyalgia is detailed, who attends the consultation due

to problems derived from the same disease, but after being evaluated, anger and emotion control problems are identified, which impact and deteriorate their health. Fibromyalgia is a chronic disease that can be disabling for those who suffer from it because it considerably reduces the functionality of the individual, this together with the neuroendocrine and neurotransmitter alterations characteristic of the disease that contribute to a high comorbidity of emotional disorders, and emotions to their They can sometimes cause an exacerbation of symptoms. Thus, psychological intervention with training in emotional regulation was essential as part of the treatment, which consisted of 9 out of 12 sessions programmed with the aim of preventing seizures, reducing their frequency, their intensity and helping to alleviate the symptoms, in a way that allows a better coping with the disease and thus improve the user's quality of life as much as possible.

Keywords: Disease, pain, crisis, coping, symptoms, emotions.

JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de dolor en cualquier etapa de la vida supone un problema de salud que puede deteriorar la habitabilidad de un individuo, constituyendo así uno de los principales motivos de consulta médica y psicológica. Existe una cronificación del dolor cuando la duración es mayor a tres meses de manera continua o intermitente y que persiste después del tiempo promedio de curación de una entidad nosológica, lo que nos lleva a sospechar de un cuadro de fibromialgia cuando este se acompaña de otros síntomas propios de los criterios de diagnóstico de la enfermedad.

En México, según estudios, existe una prevalencia mayor de dolor crónico en mujeres que oscila entre el 51 al 71%, personas con edades superiores a los 50 años casados del 54 al 78%, con niveles educativos primarios o menores del 45 al 63% y en quienes viven en ámbitos urbanos con un 56 al 74%. (Gómez, 2019). Por otra parte, Covarrubias-Gómez (2016) señala que la fibromialgia afecta del 0.5 al 5.8% de la población mundial, siendo las mujeres el grupo más afectado, en cuanto a las edades el mayor impacto se encuentra en el rango entre los 25 y 50 años. En

México se carece de estadísticas certeras que nos permitan conocer los alcances de la enfermedad, pero en un estudio realizado en la década de los 90's, se pudo estimar una prevalencia del 4.8% en el Hospital General de México, con una intensidad de dolor promedio de 5.7 (registrada con la escala visual análoga) (Covarrubias- Gómez, 2016).

Es así que el dolor crónico representa un problema de salud para el paciente que requiere atención, además de que, como menciona Failde (2014), tiene repercusiones familiares y sociales debido a la incapacidad y la dependencia generada por el dolor, aunado al poco conocimiento sobre las enfermedades que pueden ocasionarlo, como lo es la fibromialgia, dando lugar a la incredulidad e indiferencia sobre la existencia de la enfermedad lo que puede coadyuvar al mantenimiento o empeoramiento de los síntomas y perpetuando el dolor, o por el contrario, el apoyo de la familia podría jugar un papel importante como agente de afrontamiento del paciente hacia el dolor.

Para Cervigón (2017) las emociones y su manejo se constituyen como determinantes en la experiencia y vivencia del dolor, en la percepción, así como también en las estrategias de afrontamiento de este. En su estudio realizado a pacientes con fibromialgia se encontró que las puntuaciones en ansiedad, depresión e ira suelen ser mayores en estos pacientes lo que a su vez aumenta la percepción de dolor, mientras que aquellos pacientes que lograron obtener mayores puntuaciones en escalas de estado de ánimo positivos presentaron una menor percepción al dolor.

Durante una crisis o episodio agudo de fibromialgia los pacientes pueden ver exacerbados los síntomas asociados a la enfermedad, este empeoramiento puede mermar significativamente la salud del individuo al punto de resultar incapacitante. Para Fietta, Fietta y Magnoli (2007) existen factores desencadenantes como lo pueden ser infecciones, intervenciones quirúrgicas, traumas físicos y estrés emocional crónico o agudo, causado por violencia psicológica o física, abuso sexual, divorcio, abandono, etc.; sin mencionar la influencia genética. Sin embargo a la fecha no existe bibliografía que detalle cómo se presentan las crisis y qué influencia

pueden tener las emociones como factor directo detonante de estos episodios, de manera que concientice sobre la importancia de llevar un tratamiento de abordaje multidisciplinario que incluya intervención psicológica y entrenamiento para la regulación emocional que permita paliar la sintomatología de la fibromialgia y reducir la aparición de los episodios agudos.

Pregunta de investigación

¿Son las emociones un factor desencadenante de crisis de fibromialgia?

Objetivo general

Describir cómo las emociones influyen en la exacerbación de los síntomas de la fibromialgia, qué impacto tienen como generadores de crisis y como con una adecuada regulación emocional puede mejorar el estado físico y psíquico de los pacientes de FM.

Objetivo específico

Realizar una revisión bibliográfica para recabar información sobre el tema y evaluar a un sujeto previamente diagnosticado con fibromialgia, mediante observación, cuestionarios y entrevista para determinar cómo se relacionan las emociones con la aparición y agravamiento de los síntomas característicos de la fibromialgia posterior a un evento con presencia de emociones que pudieran impactar en el estado de salud del sujeto y como un abordaje cognitivo conductual con entrenamiento en regulación emocional puede mejorar su salud.

Hipótesis

La exposición a emociones negativas o estresantes son un factor desencadenante de crisis de fibromialgia

MARCO TEÓRICO

Definición y sintomatología

La palabra fibromialgia se deriva de “FIBROS”= tejidos del cuerpo, “MIOS” músculos y “ALGIA”= dolor, este término fue acuñado por Hensch (1976) y Smythe y Modofsky (1977) utilizándolo para resaltar la existencia de fenómenos dolorosos a nivel muscular en algunas zonas concretas del cuerpo sin signos inflamatorios, pero no fue sino hasta el año de 1992 que es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una entidad clínica dentro de los reumatismos de las partes blandas y catalogado en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M 79.0. (Álvarez, 2015).

Es así que podemos definir a la Fibromialgia como una enfermedad idiopática que se caracteriza principalmente por dolor crónico musculoesquelético generalizado difuso y que puede ser descrito por el paciente como intenso e insoportable, está relacionada con otros síntomas como aumento de la sensibilidad, fatiga crónica, rigidez, sueño de mala calidad y no reparador, además de asociarse a otras patologías como colon irritable, cefaleas, parestesias, hinchazón, fenómeno de Raynaud, entre otros (Álvarez, 2015; López Mingote, 2018).

Por otra parte, Villanueva (2004) menciona que entre los principales síntomas que acompañan al dolor en pacientes de fibromialgia destacan los siguientes:

- Presencia de dolor predominante mecánico.
- Mayor rigidez (76-84%) matutina o tras reposo
- Alteraciones del sueño: insomnio, sueño ligero, despertar frecuente, bruxismo y sueño no reparador.

- Fatiga: con una frecuencia de aparición entre 55-95%. En general de aparición matutina, leve mejoría para progresivamente ir aumentando a lo largo de la jornada.
- Cefalea tensional: aproximadamente en el 50% de los enfermos.
- Parestesias e inflamación subjetiva con frecuencia bilateral.
- Distrés psicológico: con elevada asociación a ansiedad, alteraciones del humor y cuadros distímicos.
- Intestino irritable: dispepsia, flatulencias, náuseas, estreñimiento o diarrea, cuadro pseudo obstructivos, etc. Se presenta en un 30-60%.
- Síntomas genitourinarios, dismenorrea, síndrome premenstrual y vejiga irritable.
- Fenómeno de Raynaud.
- Síntomas vegetativos y funcionales: Extremidades frías, boca seca, hiperhidrosis, disfunción ortostática y temblor.
- Intolerancia a múltiples fármacos.
- Distribución específica de puntos de gatillos en la inserción muscular o en el propio músculo, pero no en inervación “densa”.

Debido a que no existe una prueba o examen objetivo que determine la presencia de la enfermedad el diagnóstico se realiza mediante descarte de otras enfermedades, tomando en consideración los siguientes criterios diagnósticos de la fibromialgia que fueron establecidos por el Colegio de Reumatología en el año de 1990 (Álvarez, 2015):

- Dolor generalizado presente durante al menos tres meses.
- Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiese dar origen del dolor y del resto de síntomas
- Por lo menos 11 de 18 puntos de dolor a la presión en áreas muy sensibles por estímulos mecánicos sin presentar signos inflamatorios, conocidos por puntos de gatillo.

Ayán, L. (2010) destaca que entre los 74 puntos sensibles determinados por el Colegio de Reumatología se eligieron sólo 18 más frecuentes estadísticamente en zonas donde existe un mayor número de receptores nociceptivos localizados en:

- Occipucio bilateral
- Cervicales bajas bilaterales
- Trapecio Bilateral
- Supraespinoso bilateral
- Segunda costilla bilateral
- Epicóndilo externo bilateral
- Glúteo bilateral
- Trocánter mayor bilateral
- Rodilla bilateral

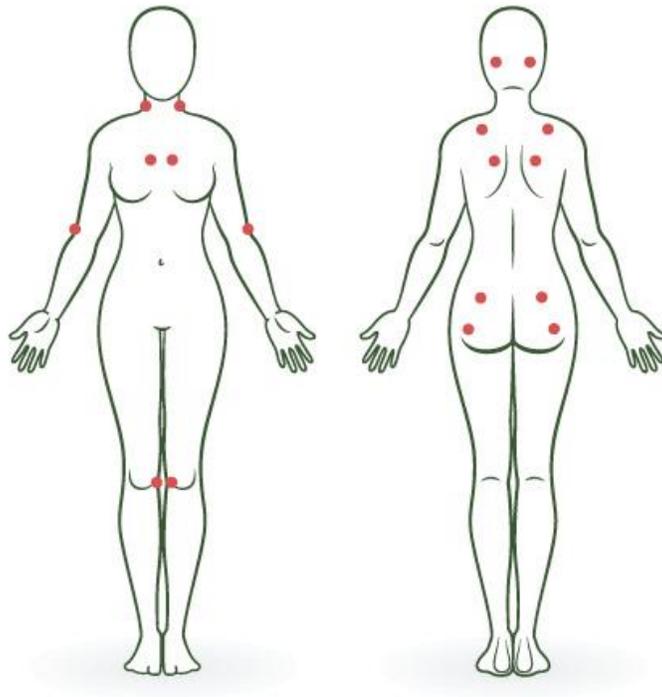


Figura 1: Puntos sensibles de la fibromialgia

Imagen rescatada de https://www.kernpharma.com/sites/default/files/inline-images/Fibromialgia_puntos_sensibles.jpg

Etiopatogenia

Respecto a la etiopatogenia de la fibromialgia, aún no se conoce una causa específica, varios autores consideran que existen múltiples factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad. Por su parte Hidalgo, F. (2011) destaca dos ideas, de origen central y de origen periférico, en los cuales los mecanismos se solapan y se retroalimentan, la excitabilidad periférica instiga la facilitación central que al hacerse crónica condiciona el desarrollo de mecanismos neuroplásticos con fenómenos de sumación espacio temporal resultando en un estado de hipersensibilidad generalizada tanto físico como emocional. Además, señala las siguientes propuestas sobre desarrollo de la enfermedad:

Hormona de crecimiento: Se han demostrado tasas bajas de producción de hormona del crecimiento y de somatomedina C en pacientes con fibromialgia, la cual está implicada en la homeostasis y la recuperación muscular, además que ésta hormona necesita del sueño profundo para producir, lo que podría favorecer la inestabilidad anímica y el deterioro muscular.

Trastorno tiroideo: Honeyman y Lowe (1997) establecieron una relación entre el metabolismo tiroideo y la fibromialgia, proponiendo la T3 como una alternativa terapéutica fiable.

Melatonina: Se ha propuesto que una alteración en la secreción de melatonina daría lugar a cambios en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal con afección en el dormir y en la percepción del dolor con niveles bajos de producción de triptófano y serotonina (precursores de la melatonina) mismos que se han descritos en la enfermedad lo que podría justificar una síntesis menor de melatonina. Las deficiencias de la hormona podrían contribuir a la alteración del sueño, la fatiga diurna y la alteración en la percepción del dolor.

Cortisol, estrés crónico y neurotransmisión: Varios estudios han mostrado una producción debilitada del cortisol matinal con elevaciones séricas durante la tarde.

Neeck y Riedel (1994) proponen la existencia de una hiperactividad a nivel de las hormonas productoras de cortisol que, da lugar a hipercortisolemia con influencia sobre otros ejes hormonales, el incremento de endorfinas y encefalinas, la supresión de la función gonadal y la inhibición de la síntesis de hormona del crecimiento y de hormona tiroidea.

Por otro lado, una actividad serotoninérgica alterada, que ha sido descrita en la enfermedad, está relacionada con alteraciones del sueño, aunque algunos autores señalan que la alteración del neurotransmisor no es significativa, sí se han encontrado elevaciones de anticuerpos anti-serotonina en pacientes fibromiálgicos además de que existe una alta comorbilidad de la fibromialgia con otras enfermedades en las que también se han involucrado a la serotonina y un polimorfismo en el gen codificador de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) (migraña, colon irritable, depresión, etc.).

El descontrol de la neurotransmisión a nivel autonómico puede dar lugar a cambios en los patrones de comportamiento, trastornos del sueño, inmunodepresión, hiperactividad muscular, trastornos tróficos, cambios peristálticos, disfunción sexual, dismenorrea, disfunción tiroidea, facilitación ante el dolor, dolor simpático mantenido, etc. propios de la enfermedad.

Alteración del sueño: Para Duna y Wilke (1993) la alteración del sueño como disminución en la eficiencia del descanso y aumento del número de despertares, apnea y síndrome de piernas inquietas puede desembocar en un déficit en la síntesis de serotonina, y las tasas bajas de este neurotransmisor darían lugar a una reducción de la protección endorfinica frente al dolor, un aumento en los niveles de sustancia P, y una hiperexcitación simpática, con la consecuente isquemia e hipersensibilidad dolorosa.

Microtrauma muscular: Se ha estudiado la relación existente entre las lesiones musculares repetitivas por sobrecarga física laboral y el desarrollo de dolor generalizado, que pueden desembocar en dolor crónico que se ajusta a los criterios diagnósticos de la enfermedad, un estado de tensión muscular aumentada y

mantenida, supone un déficit de perfusión muscular, con fenómenos de anaerobiosis y sensibilización de los receptores del dolor.

Traumatismo agudo: Existe una relación estudiada entre los accidentes con traumatismos e instauración de la enfermedad como por ejemplo el síndrome del latigazo cervical; en este caso se puede hablar de fibromialgia secundaria o fibromialgia postraumática. En la clínica se registra principalmente dolor a la exploración muscular, de carácter miofascial, que suele ser generalizado, con migraña crónica, cervicalgia, trastornos del sueño, afección cognitiva y autonómica, disfunción craneomandibular y alteración del estado anímico.

Además de las teorías antes citadas sobre la etiología de la enfermedad Ayán, L. (2010) sugiere que hay aspectos psicológicos y psiquiátricos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad debido a que la fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos, existiendo evidencias que apoyan la presencia de un componente psiquiátrico en la fibromialgia a pesar de que los afectados lo rechazan, considerando que el malestar psíquico es secundario a los malestares de la enfermedad. Es característico que los pacientes de fibromialgia presentan trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, insomnio, falta de concentración y de memoria, cefaleas, entre otros además de mayor frecuencia de estados emocionales alterados, presentando una mayor comorbilidad psiquiátrica más alta que otras enfermedades reumatológicas.

Alteraciones en la modulación del dolor: Los fenómenos de hiperexcitabilidad neuronal en las vías nerviosas pueden generar modulaciones a la baja del umbral doloroso, mientras que las alteraciones en los niveles de transmisión sináptica y fenómenos de sumación espaciotemporal condicionan patrones de hipersensibilidad y alodinia asociados a la clínica de dolor central especialmente resistente al tratamiento con una hiperactividad central en los individuos con dolor crónico.

Inmunodepresión. Afección viral: La inmunodepresión o un agente infeccioso puede dar lugar a una activación citoquímica con la liberación de mediadores del

dolor y desarrollo de procesos de inflamación neurógena e hiperexcitabilidad. Se han relacionado varias afecciones víricas en enfermos de fibromialgia como herpes virus, parvovirus y enterovirus. Un enterovirus a nivel muscular en pacientes con fibromialgia, por ejemplo, podría justificar la fatiga y el dolor mantenidos por infección viral persistente después de una exposición.

Síndrome de hiperventilación. Estrés oxidativo: Existe una relación entre los trastornos de pánico y ansiedad con el síndrome de hiperventilación cuyos afectos presentan crisis disneicas con palpitaciones, vértigo, temblor, agitación y sensaciones parestésicas, sintomatología que también está asociada con la fibromialgia ha sido también revisada.

También se ha publicado la posibilidad de que el dolor muscular crónico se deba a un trastorno de estrés oxidativo a nivel fibrilar y una mala gestión energética, que además justificaría la falta de lesiones anatomopatológicamente.

Predisposición genética: Tras la hipótesis del doble impacto de los trastornos afectivos, los estresores, actuando de forma brusca o solapadamente y obstaculizan la adaptabilidad del individuo, con lo que la sintomatología aparece. Se cree que es necesaria una predisposición previa, genéticamente codificada, para que el individuo no sea capaz de soportar las exigencias del entorno.

Podemos encontrar una extensa bibliografía sobre los síndromes somáticos funcionales, en los que el espectro afectivo se altera junto al somático. En la que se busca alguna característica genotípica relacionada con la transmisión catecolaminérgica y describen polimorfismo genético en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico de pacientes con fibromialgia y patologías asociadas como el síndrome de fatiga crónica, el colon irritable, o la personalidad de tipo ansioso.

Metabolismo energético. Anatomía patológica: Diversos autores han realizado biopsias en músculos de pacientes con fibromialgia, en los que se evidencian alteraciones, pero suelen ser inespecíficas, aunque se repite la presencia de

"lesiones" y otros tipos de miopatías, ya sean de estirpe inflamatoria, distrófica o mitocondrial, incluso se han evidenciado mitocondriopatías de tipo muscular en pacientes con clínica de fibromialgia.

Patofisiología

Con respecto a los mecanismos patogénico Hernández, M. y Ramos (2005) destacan dos líneas de pensamiento. La primera sugiere que existen alteraciones en los mecanismos del dolor mientras que los trastornos del sueño y las alteraciones endocrinas son un epifenómeno secundario, por lo que dicha disfunción se debe a una hiperexcitabilidad neuronal del sistema nervioso central y de las neuronas nociceptivas de las astas anteriores de la médula espinal que conduce a incremento de la actividad de centros cerebrales más altos mediada por aminoácidos excitatorios y sus efectos son reforzados por neuropéptidos como la sustancia P. Proyecciones descendentes del tallo cerebral amortiguan este incremento de la excitabilidad. Es así como se identifican algunos indicadores en los que los procesos neurosensoriales de pacientes con FM difieren de personas sanas los cuales son los siguientes:

1. La sustancia P se encuentra elevada en el líquido cefalorraquídeo (LCR); sin embargo, este nivel está asociado con aumento en la concentración del factor de crecimiento neuronal (FCN). El estrés puede potenciar el efecto nociceptivo de la sustancia P liberada debido a que estimula el FCN y este a su vez inhibe el efecto anti nociceptivo de los metabolitos de la sustancia P.
2. Los niveles de péptidos medidores anti nociceptivos son anormales en el LCR de pacientes con FM.
3. Varios autores han sugerido que existe una evidencia indirecta de disminución en la disponibilidad de serotonina para regular el mecanismo nociceptivo, pero un estudio reciente no encontró evidencia de niveles de serotonina alterados, por lo que esto aún permanece cuestionable.

4. Disminución en los niveles de flujo sanguíneo regiones (FSR), indicando disminución de la actividad funcional en el núcleo caudado y el tálamo.

Varios autores señalan que existe una relación entre la sintomatología y diversas variables psicológicas por lo que sugieren considerar a la fibromialgia dentro de las "enfermedades relacionadas al estrés", debido al número de síntomas asociados con estrés emocional y físico y la conexión que tiene con otras enfermedades psiquiátricas. La activación del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal es importante para la regulación de la respuesta al estrés. Hallazgos neuroendocrinos en pacientes con FM muestran un moderado hipocortisolismo basal. Recientemente la atención ha sido puesta en cambios de la hormona de crecimiento y del factor I de crecimiento semejante a la insulina (FCI–I). Otro estudio reporta disminución de FCI–I en pacientes con FM como parte de un epifenómeno secundario a disfunción del eje hipotálamo–hipófisis–hormona de crecimiento. La formulación de conclusiones a este respecto debe ser hecha con reservas debido a la complejidad de los sistemas de respuesta al estrés que no han sido explicados por completo en personas sanas (Hernández, 2005)

Psicopatología

Algunos estudios indican que los pacientes de fibromialgia presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico. A menudo tienen estados distímicos o depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos fóbicos, pueden presentar concomitantemente afecciones de dependencia de alcohol y medicamentos, e incluso tienen diversos trastornos de personalidad (García, 2006)

El dolor

El dolor es la manifestación más significativa de la fibromialgia, actualmente la definición más aceptada para el dolor es la ofrecida por la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) la cual señala que "es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita

en términos de ese daño, es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele” (López,)

Existe una clasificación para el dolor descrita por Puebla Díaz (2005) categorizada según su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores de pronóstico de control del dolor y su farmacología (**Tabla I**) en el cual podemos establecer el dolor de la fibromialgia según sus características como crónico, neuropático, somático, continuo, que puede ir de moderado a severo además de complejo, en cuanto a su farmacología debido a que a la fecha no hay fármacos curativos de la enfermedad el tratamiento es variable al igual que la respuesta en cada individuo a ellos. Alcántara y González (2017) mencionan que las guías clínicas y revisiones buscan hacer hincapié en la falta de beneficio de la medicación opioide para tratamiento del dolor de la fibromialgia debido a que no hay evidencia de que los opioides aporten algún beneficio por lo que no hacen ninguna recomendación a favor de uso en la fibromialgia.

Clasificación de tipos de dolor	
Según su duración	Agudo: De tiempo limitado y pocos componentes psicológicos.
	Crónico: De duración ilimitada y con componentes psicológicos.
	Neuropático: Producido por un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesiones de vías nerviosas.

Según su patogenia	Nociceptivo: Este dolor se divide en somático y visceral.
	Psicógeno: En este interviene el ambiente psicosocial en el cual se desarrolla el individuo.
Según su localización	Somático: Producido por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos.
	Visceral: Producido por una excitación anormal de los nociceptores viscerales.
Según su curso	Continuo: Persiste sin desaparecer a lo largo del día.
	Irruptivo: Este tipo de dolor es inducido por el movimiento en el cual el dolor se exacerba.
Según su intensidad	Leve: Se pueden realizar las actividades cotidianas.
	Moderado: Este dolor interviene con las actividades habituales.
	Severo: Interfiere con el descanso.

Según factores de pronósticos del dolor	Difícil o complejo: No responde a la estrategia analgésica habitual.
	Edmonton Stating System: Dolor de difícil control.
Según Farmacología	Responde bien a los opiáceos como dolores viscerales y somáticos.
	Parcialmente sensible a los opiáceos de dolor de origen óseo.
	Escasamente sensible a los opiáceos en dolor de musculatura estriada y por infiltración-destrucción de nervios periféricos.

Tabla I: Clasificación del dolor descrita por Puebla Díaz (2005)

Tratamiento de la fibromialgia

No existe cura para la fibromialgia ni tampoco un tratamiento universal para el alivio de los síntomas, cada tratamiento debe ser diseñado de manera individual y personalizada para cada paciente con un abordaje multidisciplinario, y este debe asentarse en 5 bases principales según Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González (2015):

- Medidas u orientaciones generales

Se proporcionarán una serie de orientaciones y medidas básicas para lograr mejoría de la sintomatología.

- Información y educación del paciente

El paciente deberá ser informado sobre su diagnóstico, las características de la enfermedad, las expectativas, su evolución y trabajar sobre falsas creencias sobre la enfermedad.

- Tratamiento farmacológico

Se procurará la administración de fármacos que hayan demostrado mayor eficacia en pacientes de fibromialgia tomando en consideración las necesidades del paciente. Los medicamentos más prescritos para el alivio de los síntomas de la fibromialgia son:

- a) Antidepresivos como la amitriptilina que reduce el dolor y la fatiga, mejora el sueño, el estado de ánimo y produce una sensación global de mejoría.
- b) La duloxetina reduce el dolor, mejora el sueño, el estado de ánimo, la calidad de vida y la capacidad funcional, por lo que se recomienda para el tratamiento de estos síntomas en pacientes con FM.
- c) Ciclobenzaprina: Reduce el dolor a corto plazo y mejora el sueño y como relajante muscular.
- d) Pregabalina: Eficaz en la reducción del dolor y en la mejoría del sueño además de reducir la ansiedad y la fatiga.
- e) Tramadol + paracetamol produce una reducción en la severidad del dolor de manera contraproducente genera náusea, mareos, constipación y dependencia.

No se recomiendan los esteroides al igual que los AINE debido a que no hay evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de la fibromialgia.

- Tratamiento psicoterapéutico

Terapia Cognitivo-Conductual para mejorar el comportamiento relacionado con el dolor, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento y la función física global.

- Tratamiento rehabilitador y físico

Existen programas de ejercicios básicos para pacientes con fibromialgia como:

Ejercicios aeróbicos.

Ejercicios de fortalecimiento muscular.

Ejercicios de estiramiento o flexibilidad.

Emociones

Las emociones son reacciones psicofisiológicas universales consideradas adaptativas en los individuos, las cuales se dividen en primarias (emociones) y secundarias (sentimientos). Las primarias como el miedo, la ira, la alegría, la tristeza, el disgusto y la sorpresa están asociados a patrones de conducta como respuestas faciales, motoras, vocales, endocrinas y autonómicas; mientras que las secundarias como la culpa, la vergüenza, la calma, la depresión, etc. se asocian a un componente cognitivo y a las relaciones personales (García, 2016). A lo largo del tiempo ha existido un fuerte debate entre filósofos y científicos no solo en el origen y el objetivo de las emociones sino también de cómo pueden impactar en la salud de un sujeto, es así como surgen diversas teorías sobre las emociones.

Desde la tradición hebraica ya se hablaba sobre la relación entre alma y cuerpo conocidas por ellos como el *Basar* (el cuerpo físico) y el *Ruaj*, quien para ellos representaba, más allá que el alma, la fuerza vital o el aliento de vida, pero existía otra tercera fuerza que conocían como el *Nefesh* que era la fuerza de la vida personal del individuo en la cual se albergaba todas las funciones psicofísicas y era donde se daba lugar a las emociones que surgían de las necesidades del alma.

En 1677, con su teoría organicista de las emociones, Spinoza niega que las emociones tengan funciones y las señala como signos de imperfección que impide al alma ser un Dios y establece una relación alma-cuerpo en la cual las emociones tienen una representación cognitiva pues se desarrolla o se hace posible el conocimiento mediante la transmisión de afecciones del cuerpo al alma, coexistiendo sin una interacción sustancial sino la mera representación de la imperfección. Por su parte Kant trata de seguir la misma línea planteada por Spinoza, definiendo a las emociones como “la enfermedad del alma” pero añade una función biológica de las emociones en las cuales existe un predominio de las sensaciones al punto de suprimir el dominio del alma, las emociones no solo ayudan y sostienen la existencia, sino que pueden favorecer la salud. (García, 2016; Vygotsky, 2004).

En el año de 1884, James defiende la necesidad de observar síntomas corporales para abordar el estudio de las emociones pues considera a las emociones como los efectos fisiológicos que producen las percepciones a partir de sucesos externos. Casi a la par, en 1885, Carl Lange propone una teoría de las emociones muy similar, por lo que surge la “teoría de James y Lange” las emociones tienen un origen visceral y musculoesquelético que, si bien compartían las mismas bases de pensamiento, diferían e invertían sobre el orden en que las emociones aparecían, no tras un estímulo sino de los cambios corporales que este provoca. Para Lange los cambios corporales en general son los que dan lugar a la experiencia de la emoción (estímulo-emoción-cambios corporales), mientras que James señaló que el proceso emocional sigue el orden inverso: se percibe primero el estímulo, posteriormente aparecen las reacciones fisiológicas y por último surge la emoción como conciencia subjetiva de estas reacciones. (García, 2016).

Por otra parte en 1927, Cannon presenta lo que pretendía ser la antítesis de la teoría de Lange y James pues negaba y se oponía a que las reacciones fisiológicas que acompañan a diferentes emociones sean específicas de cada una y que el sujeto no es consciente de sus cambios internos, por lo que realizó un estudio experimental sistemático sobre las modificaciones orgánicas durante los estados emocionales de

gran excitación, encontrando que el dolor, el hambre y las emociones fuertes como el miedo y la rabia producen modificaciones sobre la reacción orgánica provocadas por la elevada secreción de adrenalina de las glándulas suprarrenales, la cual suscita un aumento de degradación de hidratos de carbono y aumenta la tasa de azúcar en el flujo sanguíneo, la adrenalina va haciendo desaparecer rápidamente el cansancio muscular y aumenta la coagulación de la sangre, mientras la tasa alta de azúcar en la sangre contribuye a eliminar el cansancio muscular, por lo que esto puede ser una preparación del organismo para una gran tensión (Vygotsky, 2004). Para Cannon la experiencia emocional y la “activación fisiológica” suceden al mismo tiempo, y por tanto la emoción y las respuestas fisiológicas no tienen relación causal. (García, 2016)

La regulación emocional es definida por Gómez y calleja (2016) como un proceso mediante el cual los individuos modulan sus emociones en cuanto al curso, la intensidad o la duración y realizan modificaciones su comportamiento, de manera consciente e inconsciente, con el objetivo de alcanzar metas específicas y promover el bienestar físico y social el individuo.

Se han realizado varias investigaciones sobre la regulación emocional y su importancia como parte del tratamiento de diversas enfermedades como las realizadas sobre regulación emocional en pacientes oncológicos y pacientes con enfermedades cardiovasculares. Tal es el caso del estudio presentado por Creer y Morris (1975) en el cual se demostró que, posterior a una intervención de biopsia a pacientes con posible cáncer mamario, se encontró que existía con una tendencia a la supresión extrema del enojo y otros sentimientos se encontraron significativamente más en el grupo de pacientes con cáncer que en el grupo de pacientes con tumores benignos tomados como controles (Porro, 2012). Por otra parte Castillo y Núñez (2019) señalan que los pacientes con cardiopatía coronaria tienen menores niveles de comprensión, de percepción interpersonal y regulación de las emociones, en comparación de individuos sin estos padecimientos, por lo que consideran que el manejo inadecuado de las emociones negativas pueden ocasionar daños en el sistema cardiovascular debido a las alteraciones fisiológicas

que además pueden aumentar el riesgo de un evento cardíaco por lo que presentan una investigación en la cual demostraron que los hombres con baja regulación emocional presentan mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, mientras que las mujeres con baja comprensión intrapersonal o baja regulación emocional presentan mayor riesgo de ECV.

¿Es posible que las emociones puedan ser detonantes de crisis de fibromialgia o son las crisis de fibromialgia las que pueden desencadenar fuertes emociones? O como lo expone Cannon, ¿las emociones y la actividad fisiológica exacerbada de las crisis pueden estar sucediendo al mismo tiempo? Cualquiera que sea la respuesta a estas preguntas la regulación emocional toma sentido y mayor importancia como parte del tratamiento de los pacientes de fibromialgia.

ESTUDIO DE CASO

Método

El presente es un estudio de caso que tiene como objetivo observar cómo las emociones pueden exacerbar los síntomas de la fibromialgia, así como también ofrecer técnicas de regulación emocional con entrenamiento cognitivo-conductual que nos permita evaluar si existen mejoras en el estado de salud de la paciente y si con ello se logra una reducción en la aparición o intensidad de las crisis de fibromialgia.

Escenario

Debido a la confinación por la contingencia por COVID-19, se brinda atención a usuaria con sesiones semanales en línea por medio de videollamada en plataformas digitales, en un mismo horario. La usuaria se encuentra trabajando de manera habitual y no existen factores dados por la pandemia que pudieran ocasionar sesgos en la investigación o intervención.

Instrumentos

Escala de catastrofización (ECD) escala tipo Likert autoadministrada de 13 ítems para valorar el catastrofismo ante el dolor con referencia a experiencias dolorosas pasadas y en el cual se indican el grado de acuerdo con pensamientos o sentimientos. Comprende 3 dimensiones: la rumiación o preocupación constante y la incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor, magnificación de las situaciones de dolor y las expectativas de consecuencias negativas, y la desesperación frente a situaciones dolorosas. (Olmedilla, 2013)

Escala de intensidad de fatiga (FSS) La Escala de Intensidad de Fatiga de Krupp y cols. (1989) diseñada para la valoración de fatiga en neurología. Utilizada principalmente en estudios en pacientes con esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, poliomielitis, en enfermedades diversas como trastornos del sueño y actualmente también en pacientes con fibromialgia. Consta de 9 ítems de escala tipo Likert con 7 posibles respuestas según intensidad.

Estrategias de afrontamiento al dolor crónico (CAD) cuestionario autoadministrado para la detección de estrategias de afrontamiento del dolor crónico diseñado por Soriano y Monsalve, en el cual se identifican seis estrategias de afrontamiento (religión, catarsis o búsqueda de apoyo emocional, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información o búsqueda de apoyo social instrumental) consta de 31 ítems de respuesta tipo Likert.

Escala de depresión y ansiedad hospitalaria Zigmond y Snaith (HAD) fue diseñada por Zigmond y Snaith (1983) quienes señalaban que la valoración de pacientes hospitalizados es complicada debido a que los síntomas somáticos característicos de ansiedad y depresión de estos pacientes, pueden ser ocasionados por su dolencia física por lo que esta escala sustituye los síntomas que pueden ser provocados por el dolor físico por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, lo que en casos de fibromialgia contribuye a la identificación de estados

de depresión y ansiedad de manera más específica no propios a la experiencia del dolor crónico. Esta escala autoaplicada consta de 14 ítems, con dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares).

Escala de Depresión Hamilton (HDRS) diseñada por primera vez en 1960, ofrece una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. Esta escala tipo Likert cuenta con 21 ítems.

Escala de ansiedad Hamilton (HAS) diseñada en 1959 para valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados, consta de 14 ítems, de escala tipo Likert, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista.

Ficha de identificación

Nombre: “Mayra”

Sexo: Femenino

Edad: 39 años

Fecha de nacimiento: 11/03/81

Estado civil: Separada

Lugar de nacimiento: Zimatlán de Álvarez, Oaxaca

Escolaridad: 8vo semestre de licenciatura

Ocupación: Estudiante, madre de familia y empleada de mostrador.

Nivel socioeconómico: medio-bajo

Historial clínico: Asiste a psiquiatría debido a que padece fibromialgia y es quien receta su medicamento para el dolor.

Número de hijos: 1

Vive con: Su hija

Edad: 18 años

Ocupación: Bachillerato concluido y no trabaja

Motivo de consulta

Femenino de 39 años, solicita consulta debido a que refiere diversos problemas tras enfermarse y posteriormente ser diagnosticada con fibromialgia desde hace alrededor de 5 años, lo que le ocasiona dolor crónico, fatiga, mareos y problemas para dormir, que a su vez impacta en su desempeño escolar y su estado de ánimo. Entre los problemas relacionados se encuentran la separación hace 2 años de su esposo el cual ejercía violencia física, emocional y económica sobre ella pues al no trabajar dependía de él, recibiendo comentarios negativos como “no sirves para nada mejor suicídate”, “estas fingiendo”, “eres una floja y no estas enfermas”, entre otros. Considera la relación con sus padres y con su hermana buena, pero a quién más menciona en su diálogo y cree su principal apoyo, a pesar de las diferencias que han tenido, es a su padre el cual incluso la ha ayudado a pagar los gastos generados por la enfermedad que padece, pero aun así siente que su familia no cree sobre la enfermedad y conocen muy poco sobre ella por lo que ha recibido comentarios despectivos al respecto e incluso le han dicho que su enfermedad no les importa. Menciona que asiste a psiquiatría regularmente pero únicamente para que se le recete el medicamento que utiliza para controlar los dolores y problemas de sueño que le genera la fibromialgia, ya ha asistido con anterioridad a terapia psicológica pero solo ha tratado la violencia intrafamiliar teniendo mejoría en la percepción hacia ella misma y sobre la culpa, pues creía ser la responsable de la separación con su esposo, pues la enfermedad la empezó a alejar de él. Aún se cree en desventaja, como ella menciona, por padecer esa enfermedad “crónico-degenerativa”. Señala que cuando tiene discusiones con su pareja o sus padres se

siente muy enojada y no puede controlar ese enojo, se dice ser muy directa al decir las cosas y eso le ha generado muchos problemas con su familia y compañeros de trabajo. Comenta que le gustaría que trabajemos en los problemas que tiene de memoria y para mantener la atención pues le ha ocasionado dificultades en la universidad. Aunado a lo anterior menciona que desde los 21 años ha tenido problemas de ansiedad y depresión, pero no ha recibido atención ni sabe en qué niveles las tiene y si es que en verdad las padece. Como nota adicional aún mantiene cierta convivencia con su expareja ya que algunos días tiene que dormir en casa de él junto con su hija.

Descripción operacional del problema

La usuaria externa sus comentarios o sentir de forma muy directa y sin asertividad lo que molesta a sus padres o a su expareja y discuten, no puede controlar su ira y tiende a agredir más y después de esto empeoran sus síntomas se mareas, se siente más cansada, su dolor aumenta, no puede conciliar el sueño, se siente más ansiosa y triste, se le olvida todo, no puede concentrarse y su desempeño escolar empeora.

Diagnóstico

Paciente que padece de fibromialgia, con problemas de control de la ira, falta de asertividad asociado a rasgos de ansiedad y depresión.

Intervención

Sesión 1

Integración de la ficha informativa de la usuaria (anexo 1) y aplicación de pruebas psicométricas.

Sesión 2.

Se escucha a la usuaria sobre los acontecimientos de la semana en la cual detalla que tuvo incremento considerable del dolor pero que lo sobrelleva, destaca una discusión con sus padres, en la cual le externaron que no les importa su

enfermedad, como inicio del problema fue un desacuerdo debido a que ella no quería realizar algunos deberes que no le corresponden, mostrándose con ellos y desencadenando la discusión, se dice saberse responsable porque no sabe quedarse callada y que además le gana el enojo.

Se realiza la aplicación de pruebas psicométricas “Escala de ansiedad de Hamilton debido a que está requiere evaluar el estado físico al momento de responder, una vez concluido se le explican los resultados.

b. **Cierre de sesión.** Se le explica que a pesar de que ella solicitó inicialmente trabajar con los problemas de memoria y atención, una vez evaluados sus resultados, le sugeriré en que sería más prioritario trabajar en el control de la ira y la regulación de las emociones como meta terapéutica con lo que ella queda de acuerdo

c. **Tareas.** Se solicita llevar un autorregistro diario para identificar posibles conductas problema o pensamientos disfuncionales.

d. **Objetivos para la siguiente sesión.** Tener identificado y establecer cuáles serán las metas terapéuticas para trabajar.

e. **Impresiones personales.** Se observa falta de asertividad al comunicar sus necesidades o su inconformidad, además de su falta de control de la ira.

Sesión 3

Se escucha a la usuaria hablar sobre los acontecimientos de la semana, no hay eventos significativos y se considera en buen estado, con algunas molestias, problemas para dormir y distraída pero su dolor se redujo.

Se le muestran los resultados de los instrumentos y el diagrama del análisis funcional donde le habló sobre la falta de control en las emociones, la ira y la ausencia de asertividad que, como hipótesis, puede estar coadyuvando a la

exacerbación de la sintomatología, si bien según diversos autores evidencian la presencia de ansiedad y depresión en enfermos de fibromialgia debido a diversas alteraciones neuroendocrinas y de neurotransmisión considero importante bajar los niveles de estas psicopatologías, estableciendo así trabajar con las emociones para paliar los síntomas de la enfermedad.

Se comienza con la aplicación de psicoeducación para modificar falsas creencias sobre la enfermedad.

b. **Cierre de sesión.** Se disipan las dudas sobre la enfermedad y se hace principal hincapié en la importancia de llevar a cabo cada una de las tareas con el objetivo de mejorar su estado de salud, pues cada técnica es una herramienta que podrá utilizar toda su vida.

c. **Tareas.** Trabajar sobre la técnica de bloqueo o parada de pensamiento para frenar pensamientos disfuncionales o rumiativos, que se detectaron en el registro anterior, mediante la asociación de una palabra que lo detenga. Llevar un registro de cómo influye el cambio de pensamientos.

d. **Objetivos para la siguiente sesión.** Comenzar a trabajar con las habilidades sociales y el asertividad.

e. **Impresiones personales.** Se muestra tranquila y con más confianza al expresarse.

Sesión 4.

Entre las situaciones dadas esta semana menciona una discusión con la expareja quien tras una visita a su hija deja salir a los perros, cuando ella llega tiene que salir a buscarlos y en el trayecto de regreso sostiene una discusión con uno de sus vecinos quién alega que los perros son los causantes de la desaparición de uno de sus chivos pues los perros le ladraron y lo asustaron, pide se le pague el costo del animal de \$1000.00 acordando pagarlo en una semana. Le comenta a su pareja de

lo sucedido y le pide que la ayude a pagar el adeudo, pero este se niega, comenzando así una fuerte discusión, ella dice que sabe que de su parte no fue la manera de pedir las cosas pero que él tampoco tiene la actitud para ayudarla. También hace referencia a que su hija parece tener también síntomas de fibromialgia y que cuando ella y su expareja discuten o está mal por algo, su hija también cae en cama, por lo que se siente responsable.

En cuanto su estado de salud menciona que se siente mal, siente que no ha podido dormir bien y cuando duerme no siente que sea reparador, el dolor de espalda incrementó junto con los dolores de cabeza.

b. Cierre de sesión. Se aborda la importancia de expresarse, pero con asertividad y se hace hincapié en que ella no es culpable del estado de salud de su hija ya sea que tenga o no la enfermedad.

c. Tareas. Enlistar 5 actividades que le resulten gratas o placenteras, pero realistas (salir con amigas, hacer ejercicio, leer un libro, etc.), de esas actividades elegir por lo menos 3 y tratar de realizarlas

d. Objetivos para la siguiente sesión. Trabajar con la higiene del sueño, estableciendo hábitos y rutinas que permitan disminuir los problemas de insomnio.

e. Impresiones personales. No realizó su tarea anterior de parada de pensamiento, por lo que le solicitó que la realice para poder avanzar.

Sesión 5.

Cancela la cita por considerar no estar en condiciones debido a una fuerte crisis de fibromialgia.

b. Cierre de sesión.

c. Tareas.

d. Objetivos para la siguiente sesión.

e. Impresiones personales. Aun cuando la cancelación fue breve y sin comentarios percibo un estado de ánimo decaído, probablemente debido a la crisis.

Sesión 6.

La usuaria se muestra alterada, comienza a hablar de lo sucedido durante esas dos semanas y comenta que sus perritos fueron asesinados por sus vecinos a raíz de la riña por la desaparición del chivo, rompe en llanto, le permito que hable manteniendo en todo momento la escucha activa y le proporcionó entrenamiento en respiración profunda diafragmática liberando primero el aire para evitar hiperventilación, brindó apoyo y psicoeducación complementaria.

Me comenta que el motivo por el cual canceló su cita fue debido a que se incrementaron considerablemente sus síntomas como el dolor, la fatiga, la depresión, la ansiedad, las fibronieblas, entre otros e incluso aparecieron nuevos como el bruxismo y la sensación de despersonalización. También le muestro la técnica de relajación progresiva esperando mejorar su insomnio.

b. Cierre de sesión. Debido a que señala que fue tanto la exacerbación de los síntomas que tuvo que aumentar las dosis de su medicamento, me pareció importante hacer hincapié tanto para el aumento como para la disminución de las dosis prescritas en su tratamiento deben de estar informados y autorizado por su médico de cabecera, reumatólogo o psiquiatra dependiendo el tipo de medicamento que sea, pero no debe alterar las cantidades recetadas.

c. Tareas. Se cambia las tareas de esta semana a entrenamiento de relajación progresiva y respiración profunda diafragmática.

d. Objetivos para la siguiente sesión. Trabajar más con la regulación emocional.

e. **Impresiones personales.** Se encontraba alterada, pero al final de la sesión estaba más tranquila.

Sesión 7.

Se habla con la usuaria sobre los acontecimientos más significativos de la semana, ha tenido breves discusiones, pero manifiesta que cada vez son en menor frecuencia e intensidad, continua con algunos problemas con su calidad de sueño, pero en general su estado físico es bueno en ese momento. Se trabajó sobre la higiene del sueño para disminuir en lo posible el insomnio, se establecieron una serie de pasos y una rutina a seguir.

b. **Cierre de sesión.** Se hace hincapié en la importancia de trabajar a conciencia sobre los hábitos para dormir.

c. **Tareas.** Seguimiento de la rutina para dormir y trabajar en relajación progresiva.

d. **Objetivos para la siguiente sesión.** . Trabajar sobre el bienestar psicológico.

e. **Impresiones personales.** La usuaria se muestra tranquila y entusiasmada

Sesión 8 y 9.

Cancela citas por cuestiones de sobrecarga de trabajo y pandemia.

Sesión 10.

Comenzamos por abordar sus avances y retrocesos durante estas semanas, para lo que se expresa cansada debido a que cubrió el puesto de su jefe pues este enfermo de COVID, pero manifiesta que a pesar de que es un puesto en el que constantemente se pueden tener conflictos, ha avanzado en la regulación de sus emociones. En cuanto a su estado físico ha tenido dolor “soportable” propio de la

fibromialgia principalmente en la espalda y habla de su miedo de volver a caer en el hábito de aumentar sus dosis de medicamento. Ha mejorado la relación con sus compañeros de trabajo, aunque aún le cuesta sobrellevar la relación con su hija.

b. **Cierre de sesión.** Trabajamos sobre el bienestar psicológico y volvemos a practicar técnicas de respiración diafragmática a solicitud de la usuaria.

c. **Tareas.** Practicar técnicas de respiración diafragmática.

d. **Objetivos para la siguiente sesión.** Re-aplicación de instrumentos.

e. **Impresiones personales.** En su diálogo habitual deja de aparecer la pareja a pesar de que era la figura que en un inicio representaba el mayor conflicto.

Sesión 11

El objetivo de esta sesión se centró en la aplicación de instrumentos de salida y entrevista en la cual se realizaron algunas preguntas sobre el orden de aparición de las crisis, la manera en que las identifica y la importancia de la familia en el afrontamiento de la enfermedad.

Sesión 12

Se habla sobre los resultados de sus pruebas, las metas alcanzadas y, debido a que el tiempo no fue suficiente para tener un avance realmente significativo, de que las condiciones no fueron las mejores por la pandemia y de que son muchas las metas que se pueden establecer por la enfermedad se recomiendan a la usuaria continuar con su tratamiento además de seguir practicando cada una de las técnicas abordadas para mantener los resultados.

RESULTADOS

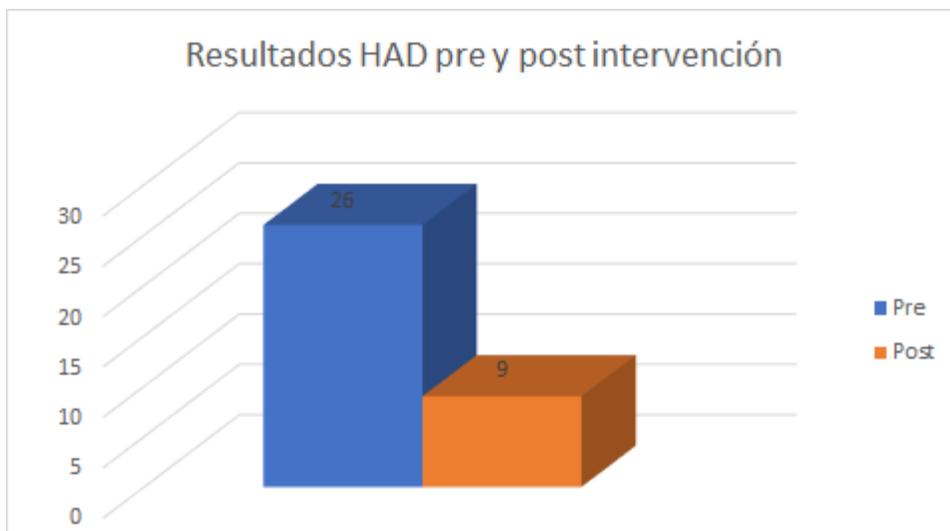
Para evaluar la relación entre emociones negativas y la exacerbación de síntomas se realizó un seguimiento mediante el registro de las apariciones de crisis y de los eventos con presencia de emociones negativas, o discusiones, y su intensidad (tabla II) en la cual se encontró que durante las 10 semanas en que se realizó el registro en 5 de ellas se presentaron crisis, mismas veces que fueron antecedidas por una discusión, solo en una ocasión se registra una discusión sin presencia de crisis, pero en ninguna hubo una crisis sin exposición a emociones negativas.

Registro	Discusión	Presencia de crisis	Intensidad de síntomas
Semana 2	Si	Si	Intensos-insoportables
Semana 3	No	No	Moderado
Semana 4	Si	Si	Intensos
Semana 5	Si	Si	Insoportables
Semana 6	Si	Si	Insoportables
Semana 7	Si	Si	Moderados-intensos
Semana 8	No	No	Moderados
Semana 9	Si	No	Moderados
Semana 10	No	No	Moderados

Tabla II: Registro de presencia de crisis

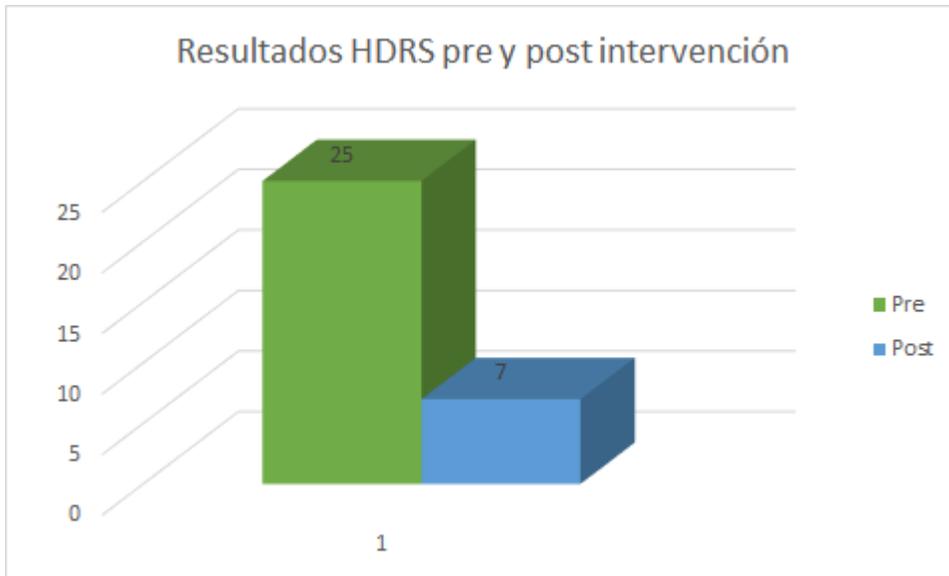
En cuanto la evaluación de los avances tras la intervención se consideraron los puntajes obtenidos en las escalas de ansiedad, depresión, intensidad de fatiga, afrontamiento al dolor y catastrofismo además de registro de insomnio que son variables directamente relacionadas con la enfermedad y sus síntomas. A pesar del poco tiempo de intervención podemos observar avances importantes y significativos

en los resultados de la post evaluación (Tabla III). En la Escala de depresión y ansiedad hospitalaria Zigmond y Snaith (HAD) la subescala de depresión disminuye de 14 a 7 puntos, mientras que la subescala de ansiedad se reduce de 12 a 2, dando un puntaje global de 9, cambiando su resultado de un problema de Ansiedad y depresión mayor o Problema clínico a dudosa ansiedad y depresión. (Gráfica I).



Gráfica I: Comparación resultados pre y post evaluación de la escala de depresión y ansiedad hospitalaria Zigmond y Snaith (HAD).

Otros instrumentos utilizados para evaluar el nivel de depresión y ansiedad en la usuaria fueron la Escala de Depresión Hamilton (HDRS) con resultados de 25 a 7 puntos que ubican a la usuaria de depresión moderada o clínica a sin depresión o depresión ligera (gráfica II), mientras que en la Escala de ansiedad Hamilton (HAS) obtuvo de un puntaje de 47 a 8 puntos cambiando los resultados de ansiedad mayor a ansiedad menor (gráfica III). Dichos resultados no solo nos muestran los avances positivos tras la intervención, sino que también reafirman los resultados dados en la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HAD).



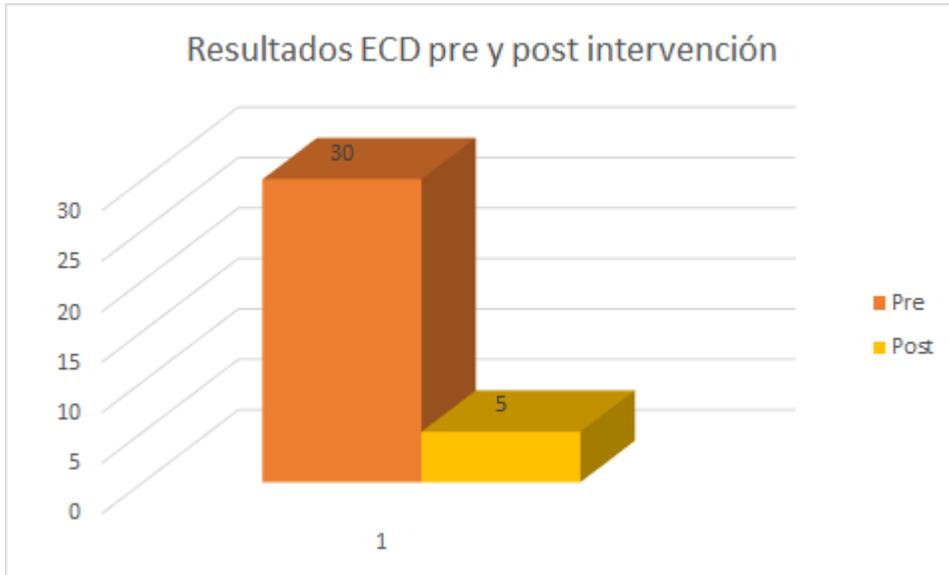
Gráfica II: Comparación resultados pre y post evaluación de la Escala de Depresión Hamilton (HDRS)



Gráfica III: Comparación resultados pre y post evaluación de la Escala de Ansiedad Hamilton (HAS)

Con respecto a la Escala de catastrofismo (ECD) el resultado cambia de catastrofismo moderado con 30 puntos a catastrofismo escaso con sólo 5 puntos

(gráfica IV), sin embargo, no pudimos obtener cambios considerables en la Escala de Intensidad de Fatiga (FSS) la cual continúa en el rango de fatiga moderada.



Gráfica IV: Comparación resultados pre y post evaluación de la Escala de Intensidad de Fatiga (FSS).

Instrumento	Pre- intervención	Post- intervención
ECD (Escala de catastrofización)	Resultado: 30 puntos Observación: Catastrofismo moderado	Resultado: 5 Observación: Escaso catastrofismo
FSS (Escala de intensidad de fatiga)	Resultados: 41 puntos Observación: Presencia de fatiga moderada	Resultado: 33 Observación: Presencia de fatiga moderada

<p>CAD (Estrategias de afrontamiento al dolor crónico)</p>	<p>Resultados:</p> <p>Religión: <u>2</u></p> <p>Catarsis: <u>10</u></p> <p>Distracción: <u>9</u></p> <p>Autocontrol mental: <u>14</u></p> <p>Autoafirmación <u>16</u></p> <p>Búsqueda de información: <u>12</u></p> <p>Observación: Sus principales estrategias para el afrontamiento del dolor es apoyándose en Autoafirmación (no rendirse ante el dolor dándose ánimos para hacerle frente), Autocontrol (Esfuerzos mentales por controlar el dolor) y en la búsqueda de información (asesoramiento y consultas sobre qué hacer)</p>	<p>Resultados:</p> <p>Religión: <u>12</u></p> <p>Catarsis: <u>14</u></p> <p>Distracción: <u>16</u></p> <p>Autocontrol mental: <u>6</u></p> <p>Autoafirmación <u>18</u></p> <p>Búsqueda de información: <u>19</u></p> <p>Observación: Su principal estrategia para el afrontamiento continúa siendo la autoafirmación y la búsqueda de información, pero se reduce considerablemente el autocontrol mental.</p>
---	---	--

HAD (Escala de depresión y ansiedad hospitalaria Zigmond y Snaith)	<p>Resultados:</p> <p>Subescala de depresión:14</p> <p>Subescala de ansiedad: 12</p> <p>Puntaje global: 26</p> <p>Observaciones: Ansiedad y depresión mayor, Problema clínico según HAD</p>	<p>Resultados:</p> <p>Subescala de depresión: 7</p> <p>Subescala de ansiedad: 2</p> <p>Puntaje global: 9</p> <p>Observaciones: Ansiedad y depresión dudosa según HAD</p>
HDRS (Escala de Depresión Hamilton)	<p>Resultados: 25 puntos</p> <p>Observaciones: Depresión moderada a clínica</p>	<p>Resultados: 7 puntos</p> <p>Observaciones: Sin depresión o depresión ligera</p>
HAS (Escala de ansiedad Hamilton)	<p>Resultados: A.P.: 24</p> <p>A.S.:23</p> <p>Puntaje Global: 47 puntos</p> <p>Observaciones: Ansiedad mayor.</p>	<p>Resultados: A.P.: 3</p> <p>A.S.: 5</p> <p>Puntaje Global: 8 puntos</p> <p>Observaciones: Ansiedad menor.</p>

Tabla III: Resultados de instrumentos aplicados pre y post intervención

En cuanto a la entrevista final la usuaria señaló reconocer una crisis de fibromialgia, presentándose un aumento considerable de la fatiga y el sueño, incremento del

dolor principalmente en la espalda y cefaleas, lo que provocan incapacidad para realizar cualquier tipo de actividad. Cada crisis tiene una duración variable y una frecuencia de entre 1 a 2 veces por mes. Identificó que después de fuertes discusiones, por lo general, sobreviene una crisis, pero estas crisis nunca anteceden las discusiones pues menciona que las crisis “la tumban” por la fatiga y el dolor. Considera que a raíz de que disminuyó las discusiones con su expareja y su familia ha sentido mejoría en cuanto a la aparición de las crisis, los síntomas son más soportables y su calidad de sueño mejoró de sobremodera, aunque aún se siente muy cansada, por lo que no registra problemas de insomnio inicial, medio o tardío a lo largo de dos semanas. Considera sumamente importante el apoyo familiar para el afrontamiento de la enfermedad pues es necesario contar con el apoyo y comprensión ante la enfermedad.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación se centró describir cómo las emociones pueden ser un factor desencadenante de crisis o de la exacerbación de los síntomas de fibromialgia, además de concientizar como el tratamiento psicológico, en este caso con enfoque cognitivo-conductual y entrenamiento en regulación emocional permiten tener un mejor afrontamiento hacia la enfermedad pues el mal manejo de las emociones contribuye al deterioro del estado de salud y del estado de ánimo de los pacientes de fibromialgia.

Según Cervigón, V. (2017) uno de los procesos emocionales estudiados en relación a la fibromialgia por sus implicaciones en la experiencia de dolor, es la expresión emocional por la que se comunican las emociones y sentimientos, y destaca que la inhibición emocional, es una de las características distintivas en enfermedades que cursan con dolor crónico en general; la inhibición y expresión emocional (principalmente de la ira) y de los pensamientos en los pacientes con fibromialgia pueden dar una serie de alteraciones severas que comprometen tanto el bienestar psicológico como la calidad de vida de la persona afectada, constituyendo un factor

de riesgo asociado a la experimentación de una mayor intensidad y sensibilidad de dolor en pacientes con dolor crónico.

Aunque son más numerosas las investigaciones documentadas sobre la supresión de las emociones y su relación como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas y al mantenimiento de los síntomas o el dolor, en el caso del paciente evaluado en esta investigación fue posible observar un empeoramiento de los síntomas tras la expresión emocional negativa por lo que la presencia de emociones negativas no reguladas pueden constituir un problema de salud para los pacientes de fibromialgia. De aquí parte la importancia de establecer estrategias de regulación emocional basados en el tipo de respuesta de cada paciente y en cinco puntos claves en el proceso generativo de la emoción como lo son: evitación de estímulos generadores, modificación de la situación, proceso de despliegue atencional, cambio cognitivo y regulación de la respuesta (Gross y Thompson, 2007; Porro, Andrés y Rodríguez, 2012)

Fue así como lo largo de la intervención se le brindaron a la usuaria técnicas de entrenamiento en regulación emocional que le permitieran modular sus emociones y su comportamiento obteniendo con ello una mejora en la sintomatología, reduciendo la aparición de crisis de fibromialgia, mejorando la percepción sobre la enfermedad, además de disminuir la ansiedad y la depresión. Aunado a esto se desarrollaron habilidades sociales y de asertividad para mejorar la comunicación con quienes la rodean. Se recomienda a la usuaria continuar con la atención psicológica para seguir mejorando su calidad de vida, mantener los resultados y lograr nuevas metas terapéuticas.

No está comprobado que las emociones sean, por sí solas, la causa de la fibromialgia, sin embargo, si coadyuban al mantenimiento de los síntomas y a la exacerbación de estos, por lo que proporcionar herramientas de afrontamiento además técnicas de regulación emocional ayudará a paliar la sintomatología de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Alcántara, A. y González, A. (2017). Papel de los opioides en el tratamiento de la fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(2), 107-109. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3484/2016>
- Canga, A., Esandi, N. (2016). La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 319-322. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016
- Cervigón, V. (2017) Regulación emocional en la fibromialgia: Una revisión bibliográfica. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173354/TFG_2017_Cervigon%20Carrasco_Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chávez, M. (2020) Percepción y anticipación al dolor en pacientes con fibromialgia: Revisión de la literatura. Universidad Católica de San Pablo. Recuperado de https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16393/3/CHAVEZ_P EREA_MAR_PER.pdf
- Failde, I. (2014) El dolor crónico, algo más que un problema de quien lo padece. *Revista social española del dolor*. Vol. 21. <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/editorial.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Ruiz, M.A., Sebastián, J. y Spielberg, C.D. (1997). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the Rationality/Emotional Defensiveness Scale. *Personality and Individual Differences*
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487-492.

- García, M. (2016) Tesis doctoral: Las emociones como componente de la racionalidad humana. Universidades de A Coruña, La Laguna, Santiago de Compostela, Valencia, Valladolid y Consejo Superior de Investigaciones Científicas. España. Recuperado de: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/132952/DFLFC_Garc%C3%A9DaSede%C3%B1oMA_EmocionesComponente.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gómez, A., Becerra, L., Tron, R., Hernández, P. & Iniesta, B. (2019) Perfil sociodemográfico de pacientes con dolor crónico del Hospital Juárez de México. Revista Electrónica de Psicología de Iztacala. Vol. 22. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num1/Vol22No1Art5.pdf>
- Gómez, O. & Calleja, N. (2016) Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2016/mip161g.pdf>
- Hamilton M. (1969) Diagnosis and rating of anxiety. In Studies of Anxiety, Lander, MH. Brit J Psychiat Spec. Pp. 76-79.
- Hamilton M. (1960) Rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. Pp. 56-62.
- Hernández, M. & Ramos, J. (2005). Estudio polisomnográfico en pacientes con fibromialgia primaria. Archivos de neurociencias (México, D.F.), 10(1), 9-14. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052005000100003&lng=es&tlng=es.
- Hidalgo, F. J. (2011). Fibromialgia: Consideraciones etiopatogénicas. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 18(6), 342-350. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000600005&lng=es&tlng=es

Imagen de puntos sensibles de fibromialgia. Rescatada de:
https://www.kernpharma.com/sites/default/files/inline-images/Fibromialgia_puntos_sensibles.jpg

Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. (1989) The Fatigue Severity Scale. Application to Patients with Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus.

Olmedilla, A., Ortega, E. & Abenza, L. (2013). Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Paín Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. Cuadernos de Psicología del Deporte, 13(1), 83-94. Recuperado en 26 de enero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232013000100009&lng=es&tlng=es.

Porro, M., Andrés, M. y Rodríguez, S. (2012) Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. Avances en Psicología Latinoamericana. Colombia. Vol. 30. Pp. 341-355. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1969/1967>

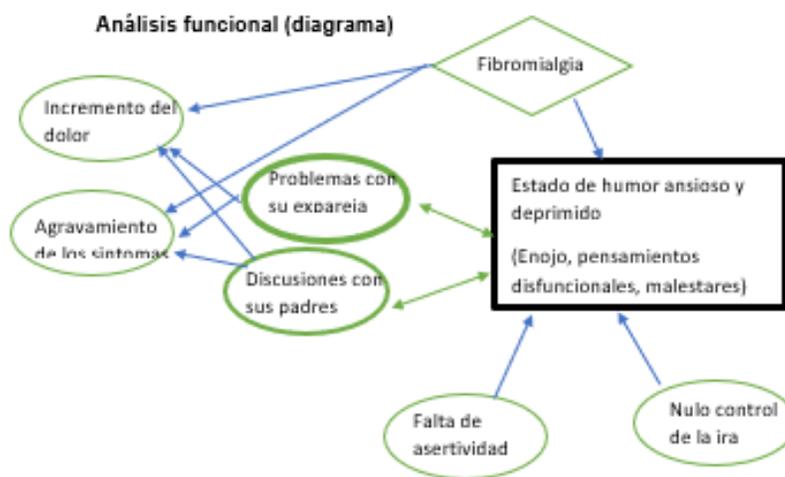
Porro, Estévez, Rodríguez, Suárez y González (2015). Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. Revista Cubana de Reumatología. Volumen XVII, Número 2. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubreu/cre-2015/cres1511.pdf>

Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología. Barcelona. Pp. 33-37. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=en.

- Soriano J, Monsalve V. (2002) CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. Rev Soc Esp Dolor.
- Núñez, M & Castillo, R. (2019) El papel de la inteligencia emocional en la enfermedad cardiovascular. Gaceta Sanitaria. v. 33, n. 4, pp. 377-380. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.008>>. ISSN 0213-9111.
- Vygotsky, L. (2004) Teoría de las emociones. Estudio histórico-psicológico. Traducción Judith Vilaplana, Madrid, Akal.
- Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., & Andrés, J. de. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 11(7), 50-63. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462004000700005&script=sci_arttext&tlng=en
- Zigmond AS, Snaith RP. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand.

ANEXOS

Anexo 1



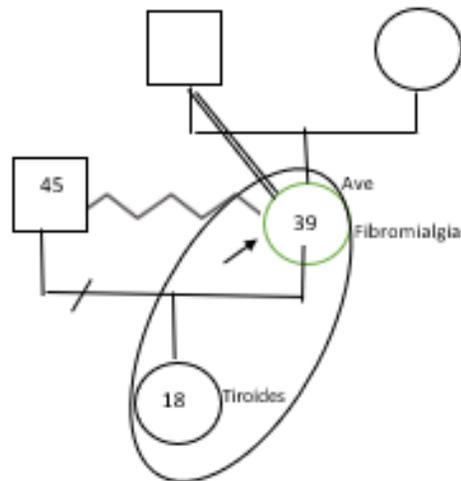
Hipótesis del problema

Se observa un agravamiento de los dolores y los síntomas derivados de la fibromialgia después de tener discusiones o enfrentamientos con su expareja y su familia, o tras tener algún tipo de carga emocional. Muchas de estas situaciones se dan por la falta de habilidad para comunicarse o de asertividad y por una incapacidad de controlar la ira.

Metas conductuales

A pesar de que ella inicialmente deseaba trabajar con los problemas de atención y memoria, tras los resultados de los instrumentos y al mostrarle el diagrama de análisis funcional se le sugiere trabajar con el control de la ira y regulación emocional con el objetivo de disminuir su sintomatología, la aparición de crisis, reducir en lo posible la ansiedad y la depresión para mejorar su calidad de vida y sus relaciones personales.

Familiograma



Descripción operacional del problema

Alejandra expresa sus comentarios o sentimientos de forma muy directa y sin asertividad lo que molesta a sus padres o a su expareja y discuten, no puede controlar su ira y tiende a agredir más y después de esto empeoran sus síntomas se marean, se siente más cansada, su dolor aumenta, no puede conciliar el sueño, se siente más ansiosa y triste, se le olvida todo, no puede concentrarse y su desempeño escolar empeora.

Anexo 2

ECD

CÓDIGO	
FECHA	

Todas las personas experimentamos situaciones de dolor en algún momento de nuestra vida. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas estamos a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las heridas, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas.

Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y sentimientos cuando siente dolor.

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor...

- | | |
|---|--|
| 1. Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá. | |
| 2. Siento que ya no puedo más..... | |
| 3. Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar..... | |
| 4. Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo..... | |
| 5. Siento que no puedo soportarlo más..... | |
| 6. Temo que el dolor empeore..... | |
| 7. No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor..... | |
| 8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor..... | |
| 9. No puedo apartar el dolor de mi mente..... | |
| 10.No dejo de pensar en lo mucho que me duele..... | |
| 11.No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor..... | |
| 12.No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor..... | |
| 13.Me pregunto si me puede pasar algo grave..... | |

TOTAL:

Anexo 4

Identificación **Fecha**

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta deprisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o “nervioso”

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- Definitivamente, y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

Identificación Fecha

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- Por lo general, en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro

- Igual que siempre
- Menos de lo que acostumbraba
- Mucho menos de lo que acostumbraba
- Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- A menudo
- A veces
- No muy a menudo
- Rara vez

TOTAL ANSIEDAD:

TOTAL DEPRESIÓN:

Anexo 5



Identificación Fecha

Conteste a las siguientes afirmaciones, según los criterios de la siguiente escala.

TOTAL DESACUERDO 1 2 3 4 5 6 7 TOTALMENTE DE ACUERDO

1.- Mi motivación se reduce cuando estoy fatigado.	1	2	3	4	5	6	7
2.- El ejercicio me produce fatiga.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Me fatigo fácilmente.	1	2	3	4	5	6	7
4.- La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico.	1	2	3	4	5	6	7
5.- La fatiga me produce con frecuencia problemas.	1	2	3	4	5	6	7
6.- La fatiga me impide hacer ejercicio físico continuado.	1	2	3	4	5	6	7
7.- La fatiga interfiere en el desempeño de algunas obligaciones y responsabilidades.	1	2	3	4	5	6	7
8.- La fatiga en uno de mis tres síntomas que más me incapacitan.	1	2	3	4	5	6	7
9.- La fatiga interfiere en mi trabajo, familia o vida social.	1	2	3	4	5	6	7

TOTAL:

Anexo 5



1/5

Identificación **Fecha**

Seleccionar, para cada ítem, la puntuación que mejor defina las características del paciente.

1.- Humor deprimido

(Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0. Ausente

1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

2.- Sensación de culpabilidad

0. Ausente

1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio.

0. Ausente.

1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
3. Ideas de suicidio o amenazas.
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica como 4)

4.- Insomnio precoz.

0. No tiene dificultades para dormir.

1. Se queja de dificultades ocasionales para dormir, por ejemplo más de media hora.
2. Se queja de dificultades para dormir cada noche.

5.- Insomnio medio.

0. No hay dificultad.

1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

Identificación **Fecha**

6.- Insomnio tardío.

- 0. No hay dificultad.
- 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
- 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades.

- 0. No hay dificultad.
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.
- 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
- 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.
- 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

8.- Inhibición

(Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida).

- 0. Palabra o pensamiento normales.
- 1. Ligero retraso en el diálogo.
- 2. Evidente retraso en el diálogo.
- 3. Diálogo difícil.
- 4. Torpeza absoluta.

9.- Agitación.

- 0. Ninguna.
- 1. “Juega” con sus manos, cabellos. etc.
- 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

Identificación **Fecha**

10.- Ansiedad psíquica.

- 0. No hay dificultad.
- 1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2. Preocupación por pequeñas cosas.
- 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
- 4. Temores expresados sin preguntarle.

11.- Ansiedad somática

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retorcijones, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias); respiratorios (hiperventilación, suspiros); frecuencia urinaria; sudación.

- 0. Ausente.
- 1. Ligera.
- 2. Moderada.
- 3. Severa
- 4. Temores expresados sin preguntarle.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

- 0. Ninguno.
- 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales.

- 0. Ninguno.
- 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14.- Síntomas genitales

Síntomas como pérdida de libido y trastornos menstruales.

- 0. Ausente.
- 1. Débil.
- 2. Grave.
- 3. Incapacitante

Identificación **Fecha**

15.- Hipocondría.

- 0. No la hay.
- 1. Preocupado por sí mismo (corporalmente).
- 2. Preocupado por su salud.
- 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
- 4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16.- Pérdida de peso (completar A o B)

A) Según manifestaciones del paciente (primera valoración)

- 0. No hay pérdida de peso.
- 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

B) Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) (por término medio)

- 0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana.
- 1. Pérdida de más de 500 gr en una semana.
- 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.

17.- Insight (conciencia de sí mismo)

- 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
- 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2. Niega que esté enfermo

18.- Variación diurna

Indicar si los síntomas son más intensos por la mañana o por la tarde.

- 0. Ausente.
- 1. Ligera Mañana () Tarde ()
- 2. Grave Mañana () Tarde ()

Identificación **Fecha**

19.- Despersonalización y falta de realidad

- 0. Ausente.
- 1. Ligeras. Cómo: sensación de irrealidad.
- 2. Moderada. Ideas nihilistas.
- 3. Grave.
- 4. Incapacitante.

20.- Síntomas paranoides.

- 0. Ninguno.
- 1. Sospechosos.
- 2. Leves
- 3. Ideas de referencia.
- 4. Delirios de referencia y de persecución.

21.- Síntomas obsesivos y compulsivos.

- 0. Ausentes.
- 1. Ligeros.
- 2. Graves.

22.- Otros síntomas (especificar)

- 0. Ausentes.
- 1. Ligeros.
- 2. Graves.

TOTAL 17 ítems:

TOTAL 22 ítems:

I melancolía:

I ansiedad:

I ansiedad/somatización:

I alteración del sueño:

Entrevista

1. ¿Identificas una crisis de fibromialgia cuando se presenta o está a punto de sobrevenir?
2. ¿Cuáles son los síntomas más significativos durante una crisis?
3. ¿Con qué frecuencia sueles tener las crisis?
4. ¿Suelen tener algún grado de intensidad?
5. ¿Identificas algún detonante de crisis en particular?
6. ¿Alguna vez una crisis te ha impulsado a tener una discusión?
7. ¿Consideras que una discusión o emoción fuerte ha llegado a desencadenarte una crisis de fibromialgia?
8. ¿Con qué frecuencia has percibido que una discusión exacerba los síntomas de fibromialgia?
9. ¿Crees importante el entrenamiento de la regulación emocional para disminuir los síntomas y las crisis? ¿Por qué?
10. ¿Consideras que el apoyo moral y emocional de quienes te rodean es importante en el afrontamiento de la enfermedad y por qué?
11. ¿Consideras la terapia psicológica importante para complementar el tratamiento de la enfermedad?