



## *Acercándonos a la Fibromialgia*

*Ricard Montero i Costa*

*Psicólogo y Maestro de Reiki Usui Tibetano,  
Karuna Reiki, Reiki Tradicional Japonés,  
Bio-Reiki y de Komyo Reiki, Maestro Monitor  
de Meditación y Máster en Control Mental y  
Desarrollo Personal*

*Miembro 66 Federación Española de Reiki  
Ponente del II Congreso Nacional de Reiki*











## INDICE

1. Una aproximación a estudios sobre fibromialgia. Buscando un enfoque desde los recursos personales del paciente.	7
2. Conclusiones al respecto de los estudios adjuntos.	9
3. ESTUDIO 1: Fibromialgia, un enfoque psicoanalítico.	14
4. ESTUDIO 2: La enfermedad de los mil nombres	16
4.1. Síntomas neurológicos y neuromusculares, trastornos cognitivos, desequilibrios neuroendocrinos y alteraciones inmunológicas.	17
4.2. Síndrome de Fatiga Crónica, diagnóstico y conceptualización clínica clásica.	18
4.3. Vegetoterapia carácteranalítico	20
5. ESTUDIO 3	21
6. ESTUDIO 4	22
6.1. Introducción a la terapia cognitiva-conductual	23
6.2. Respiración y Relajación	24
6.3. Manejo de la atención	24
6.4. Restructuración cognitiva	24
6.5. Solución de problemas	24
6.6. Manejo de emociones y asertividad	25
6.7. Valores y establecimiento de objetivos	25
6.8. Organización de tiempo y actividades reforzantes	25
6.9. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, prevención de recaídas	25



7. ESTUDIO 5: Intervención psicológica en personas con Fibromialgia	27
7.1. Los tratamientos psicológicos actuales	27
7.2. Propuesta áreas de intervención en fibromialgia desde la Psicología	28
8. ESTUDIO 6: Abordaje de la Fibromialgia mediante la Técnica de Relajación Progresiva Jacobson: Factores que condicionan su evolución.	34
9. ESTUDIO 7: Fibromialgia, Spect y Tratamiento Hipnótico.	36
10. ESTUDIO 8: Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Una lectura Psicoanalítica.	37
11. ESTUDIO 9: Extracto de un programa de Formación Psicológico orientado a la Fibromialgia.	42
11.1. El cuerpo y el organismo	44
11.2. Isabel de R. un caso de Fibromialgia del S.XIX, tratado por Freud	46
12. ESTUDIO 10: Tratamiento Psicológico	51
12.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC) y conductual operante (TCO)	51
12.2. Otros tratamiento psicológicos	53
12.3. Terapias alternativas	54
13. ESTUDIO 11	55
13.1. Introducción	55
14. ESTUDIO 12: Ejercicio y Fibromialgia.	57
15. ESTUDIO 13: Psicoanálisis aplicado a la terapéutica: Una experiencia de investigación y tratamiento de fibromialgia.	59
15.1. La concepción de Freud sobre el dolor	59
16. ESTUDIO 14	64
17. Epílogo	67



*Una aproximación a estudios sobre fibromialgia.  
Buscando un enfoque desde los recursos personales del paciente.*

Estimados amigos/as:

Este es el anexo que adjunto a las asociaciones que justifica y fundamenta nuestra aportación alrededor de la fibromialgia.

La idea fue evaluar nuestra propuesta de introducir determinadas enseñanzas y técnicas, algunas milenarias, en una formación destinada a aumentar los recursos de las personas afectadas por dicha enfermedad, y que dichos recursos procedieran de habilidades y disciplinas que no necesitan nada más que la práctica del sujeto y ser básicamente adiestrados, por más que es cierto que pueden plantearse sesiones de perfeccionamiento y acompañamiento por parte del monitor.

A este respecto no olvidemos que los cursos se pueden repetir enteros sin coste alguno y lógicamente sin adquirir de nuevo el material.

Hemos acudido a distintos estudios publicados, de los que adjuntamos solo extractos relacionados con nuestro interés formativo.

En concreto nuestra idea de partida, a raíz de las observaciones con la mejor monitora de que disponemos, que ha sufrido fibromialgia, y su mejora progresiva y paralela a la mejora de su estado de ánimo, fue introducir estos métodos:

Reiki, buscando la relajación en él y el fortalecimiento global energético, así como la facilidad que nos ofrece de traer a la conciencia ciertas incomodidades emocionales y que pueden formar parte de la causa de la Fibromialgia. Al mismo tiempo la distensión muscular que puede lograrse nos ayudará en el objetivo.

Autosugestión, haciendo incidencia en el control emocional, del dolor y determinados contenidos relacionados con la enfermedad que pretendemos cambiar, aumentando o disminuyendo su efecto.



Relajación lúcida y aprendizaje de la respiración, buscando el control personal, la generación de endorfinas, el disciplinar al sujeto en la periodicidad de la disciplina, y sentar las bases para llegar a la meditación en otras formaciones, observando el fenómeno mental y emocional desde la distancia, no aferrándose al mismo.

Marco Zen sobre el dolor y el sufrimiento, el Plan de vida, y mejora de la asertividad y otras estrategias, buscando un cambio de actitud concreto, estrategias cognitivas y emocionales de sosiego y madurez emocional.

Después del contraste sobre la literatura psicológica que nos ha parecido más próxima, concluimos que, desde una perspectiva complementaria, este conjunto de técnicas que pueden agruparse junto con una formación de Reiki I, son muy beneficiosas en la toma de control personal, alivio de síntomas, incremento de recursos personales y mayor bienestar, sobre todo si logramos constancia y disciplina en los alumnos.

Lógicamente profundizar en meditación, la búsqueda de causas y los niveles II y III de Reiki, perfeccionan dicho abordaje.

Adjuntamos conclusiones y observaciones al tiempo que vamos citando los estudios.



*Ricard Montero i Costa*

*Psicólogo*



### Conclusiones al respecto de los estudios adjuntos

*De estas definiciones, se desprende que el origen podría ser básicamente emocional, en personas con tendencia o predisposición psicomatizadora. (REF. ESTUDIO 1 PAG.14)*

*Parece que se refleja de nuevo la existencia de factores caracteriales (emocionales y psíquicos) como correlacionados con la fibromialgia. (REF. ESTUDIO 2 PAG. 16)*

*Además se describen otros elementos asociados, como historiales complejos personales o familiares, como disfuncionales (REF. ESTUDIO 2 PAG.16)*

*Como síntomas a aliviar, centramos, el dolor, la fatiga, actitud, sueño, capacidad de descanso, concentración. Aquí se efectúa un resumen comprensible de la etiología posible: Se habla de posible origen maternal, por vivencias de la madre que se trasladen al sistema vegetativo fetal y que luego se desarrollen por factores disparadores en la vida infantil o adulta. Sea como sea, se incide en una predisposición musculo-vegetativo, lo que yo llamo, aprender una vía de expresión, siempre predispuesta y disparada por factores externos. En el caso que nos ocupa, son personas que sienten mucho con su cuerpo y este elemento lo usaremos a su favor aquí. (REF. ESTUDIO 2 PAG. 16)*

*Si fuera cierta la estructura psicótica del carácter, y en segundo grado la neurótica, lo deberemos tener en cuenta, ya que determinadas técnicas no son recomendables en el primer caso. El monitor que aplique nuestro método, se abstendrá de enseñar técnicas de sugestión y las estrategias de cambio de actitud ante el dolor en ese caso. (REF. ESTUDIO 2 PAG. 16)*



*Se trata de una terapia de alimento y equilibrio energético, muy parecida a Reiki, lo que refuerza nuestra propuesta. La ventaja de Reiki es el tiempo de aprendizaje y la posibilidad del autotratamiento, y que facilita uno de los objetivos de nuestro método, potenciar los recursos propios del paciente, o el efecto psicosocial de poder compartir entre compañeros de curso y otros reikistas espacios donde se traten entre ellos y refuercen su actitud con la enfermedad. Otra diferencia con la vegetoterapia radica en que ésta combina la Energía con la expresión hablada, sobre todo con acceso a nivel no consciente. Y no es precisa esta práctica con Reiki, ganando velocidad en la aplicación y también universalidad, pues no requiere una preparación incisiva previa. (REF. ESTUDIO 2 PAG. 16)*

*Los estudios que demuestran la eficacia de la intervención psicoterapéutica, nos incitan a ofrecer desde el punto de vista de la formación, algunas herramientas sobre el cambio de actitud. (REF. ESTUDIO 3 PAG. 21)*

*En el anterior estudio se están introduciendo elementos que supondrían aprovechar un segundo nivel de Reiki para explotarlos, pues podemos dotar de estrategias para mejorar la atención y el manejo emocional a través de técnicas de meditación, y mejorar al mismo tiempo la respiración y la organización temporal. Todo desde la formación, y seguramente con sesiones de apoyo. (REF. ESTUDIO 4 PAG. 22)*

*Aunque el estudio anterior aborda aspectos que no podemos incluir en la formación, la escala "dolor", si puede ser objeto de nuestro manual, pues podemos mostrar como aislar el dolor y disminuir su efecto con técnicas sugestivas, al margen de aquellas que lo disminuyen, sobre todo cuando tienen origen muscular, como la relajación y su hábito llevado a lo diurno. Sobre esto último, encontramos muy adolescentes las formaciones que hemos visto, en la implantación real y cotidiana de la relajación. Si no logramos que sea un mecanismo mecánico, lo ceñimos solamente a un experimento de laboratorio en el gimnasio o en el lugar donde lo realizamos, sin haberlo incorporado a nuestro hábitos del día a día. (REF. ESTUDIO 5 PAG. 26)*

*El estudio nos recuerda los límites de nuestra aportación. Creemos firmemente que puede suponer una mejora sintomatológica, incluso etiológica, y un cambio, pero no sin los tratamientos que la medicina prescribe. Nuestra propuesta es complementaria. (REF. ESTUDIO 6 PAG. 34)*



*Refuerza nuestro concepto de sugestión, ya que se basa en algo parecido a la autohipnosis. En cualquier caso, recomendamos el CD de Brian Weiss "Relajación Profunda" cuando no es posible la autohipnosis, visto que emplea este tipo de lenguaje (hipnótico) (REF. ESTUDIO 7 PAG. 36)*

*Esta introducción de Pilar Rojas, aporta, con mayor profundidad, el significado que el dolor y la fatiga toman para el paciente, así como el concepto y síntomas de la enfermedad. En todo caso, desde nuestra perspectiva y la limitación de nuestros objetivos, entendemos, en lo más elemental, que el síntoma tiene un significado para el paciente que es único y simbólico, aludiendo además al esquema corporal irreplicable que cada uno tiene de sí.*

*Inabordable desde la formación, lo que sí resaltamos y tendremos en cuenta para las sugestiónes es el esquema corporal del sujeto y abriremos posibilidades en la elaboración de afirmaciones a enunciados individuales sobre el significado espontáneo del sujeto. (REF. ESTUDIO 8 PAG. 37)*

*Tendremos en cuenta los siguientes puntos a raíz de la lectura de este programa:*

*Para incorporar a las técnicas sugestivas o de relajación:*

*\* Relajación en imaginación, con ejercicios específicos para cuello, hombros y brazos.*

*\* El papel de la relajación en la mejora de los problemas del sueño.*

*\* Autorreferencias de inutilidad y falta de valía por tener dolor.*

*\* Insistencia en la necesidad de práctica regular y continua: "inculcar un nuevo modo de vida".*

*\* Para incorporar a la toma de conciencia sobre el cambio de actitud y forma de pensar:*

*\* Cómo distinguir entre el dolor y las emociones que lleva aparejadas*

*\*Entrenamiento en asertividad: distinguir entre los estilos de comportamiento: agresivo/pasivo/asertivo.*

*\* Enseñar a formular demandas asertivas: expresión directa de necesidades y deseos*

*\* Autorreferencias de inutilidad y falta de valía por tener dolor.*

*\* Insistencia en la necesidad de práctica regular y continua: "inculcar un nuevo modo de vida". (REF. ESTUDIO 9 PAG. 42)*

*También disponemos de estrategias cuando aplicamos el análisis de tendencias con el cuadro DE, pero para ello y aplicarlo a nivel personal, hay que hacer ese curso. (REF. ESTUDIO 9 PAG. 42)*



*Santiago Castellanos nos incita a buscar la causa, no solo a aliviar el síntoma y aprender control, reforzarnos o nutrirnos de Energía.*

*Lógicamente se escapa del presente estudio, pero es una sugerencia para los asociados a grupos de fibromiálgicos. Para nosotros el dolor es una forma de incitar la búsqueda, no un castigo, y una forma de evolucionar. También un indicador personal.*

*Sin embargo, encontrar qué ha originado el dolor, más allá de las causas físicas que pudieran influir y que de momento parece no se identifican, sería tener el control sobre el inicio de todo el cuadro sintomatológico.*

*Reiki puede ayudar paulatinamente, trayendo a la conciencia qué la ha determinado. Sin embargo nos da la impresión que se trataría más de un abordaje con profesionales clínicos, y se podría complementar mejor con Reiki 2 y 3, analizando con los instrumentos de esos niveles que son más directos, y complementariamente las causas. Como decimos en esos niveles podemos hacer una búsqueda más efectiva.*

*También disponemos de estrategias cuando aplicamos el análisis de tendencias con el cuadro DE, pero para ello y aplicarlo a nivel personal, hay que hacer ese curso.*

*De momento en "Reiki 1 y elementos para la fibromialgia" , estaremos atentos a la aparición de posibles causas o factores emocionales que correlacionen con el dolor y los síntomas, que podrán surgir no ordenadamente a través de los tratamientos a través del uso de las manos y el efecto sobre la censura emocional que Reiki puede favorecer. (REF. ESTUDIO 9 PAG. 42)*

*Juan González Hernández\*, Francisco José Ortín Montero\* y José Antonio Bonillo, dentro de nuestra selección de literatura sobre la FM, repiten los esquemas hasta el momento destacados aunque vamos a tener en cuenta esta parte: ... "Generalmente asociada a patrones psicosomáticos, genera en quienes la padecen gran temor, desconfianza, vergüenza y culpa por el hecho de ser una enfermedad desconocida", y nosotros añadimos, enfermedad poco comprendida.*

*Esto forma parte de los contenidos en los cambios de actitud del alumno y de las técnicas de autosugestión y la redacción de afirmaciones. (REF. ESTUDIO 10 PAG. 51)*



*Tomamos nota que el curso de meditación puede ser también beneficioso.*

*Entendemos que la meditación combinada con la investigación de causas y las habilidades sugestivas y Reiki son un conjunto de procedimientos muy sólidos que permiten enfrentar la enfermedad.*

*La relajación que proponemos en este manual de Reiki 1 es la introducción a la meditación, siendo su base.*

*Para el siguiente paso, sería necesaria una formación en meditación específica. (REF. ESTUDIO 12 PAG. 57)*

*En nuestro programa de formación, hemos tomado nota que es fundamental que el paciente aprenda asertividad de nuevo, mejorando la expresión de lo que necesita y siente, y aprender a poner palabras al dolor.*

*Los aspectos más técnicos sobre lo que en análisis se llama conversión o desplazamiento del síntoma, nos lleva de nuevo al concepto de somatización.*

*Para el programa de cambio de actitudes, abordaremos poner atención en que el paciente se aleje del beneficio secundario de la enfermedad y, como ya hemos dicho anteriormente, evitar la correlación y asociación emoción-dolor. (REF. ESTUDIO 13 PAG. 59)*

*Estudio que nos refuerza en nuestros planteamientos sobre la sugestión. (REF. ESTUDIO 14 PAG. 64)*



## ESTUDIO 1

<http://psicoanalisalud.blogspot.com.es/2008/12/la-fibromialgia-un-enfoque.html>

## LA FIBROMIALGIA. UN ENFOQUE PSICOANALÍTICO



La fibromialgia es un síndrome que se caracteriza por dolor muscular generalizado y fatiga. El dolor muscular es el síntoma más destacado. Es un dolor continuo que por lo general ocurre en todo el cuerpo, aunque puede comenzar en una zona concreta, por ejemplo en el cuello y los hombros, y extenderse a otras áreas del cuerpo al cabo de cierto tiempo. La intensidad del dolor es variable de un paciente a otro y en un mismo paciente a menudo varía según la hora del día, el nivel de actividad física, etc.

La mayoría de las personas con fibromialgia dicen sentir siempre algo de dolor, que en ocasiones llega a ser bastante severo.

Se estima que afecta al 2,4% de la población general. Aproximadamente el 13% de los pacientes que acuden a las consultas de medicina general presentan una fibromialgia y más del 10% de los que acuden a las consultas especializadas de Reumatología. Desde el punto de vista médico se desconoce la causa, por qué se produce. Es interesante señalar que no existe ninguna alteración física que justifique la presencia del dolor generalizado. Tanto la exploración física como las distintas pruebas que se realizan: análisis, radiografías o cualquier otra, resultan normales. No hay inflamación, no hay alteración articular y la movilidad es normal, salvo las posibles limitaciones que produce el dolor.



Los pacientes presentan una hipersensibilidad al dolor que se manifiesta por la aparición de una sensación dolorosa a la presión en múltiples sitios del aparato locomotor, llamados puntos "gatillo", que no se observa en los sujetos sanos. Son pacientes que se encuentran muy limitados en sus actividades diarias, por el dolor, que persiste en general, aunque en menor grado, pese al tratamiento médico. La intensidad del dolor es una de las características que más llama la atención. El paciente relata con frecuencia que el dolor es intenso o insoportable y lo describe como tirantez o agarrotamiento, dice de él que es deprimente o agotador.

Además del dolor presentan otros síntomas como la fatiga, el cansancio no justificado por la actividad física, y que no suele mejor con el reposo. Alteraciones del sueño, cefaleas, parestesias en manos (hormigueo), colon irritable (diarrea y estreñimiento), también son frecuentes. La respuesta al tratamiento farmacológico es variable, puede aliviar los síntomas o ser ineficaz, pero raramente controla los síntomas.

Desde el Psicoanálisis podemos pensar que la fibromialgia es más un conjunto de síntomas que una enfermedad, y en su base pueden estar la depresión, la histeria (o trastornos disociativos), incluso una neurosis de angustia. Son pacientes que responden muy bien al abordaje psicoanalítico que modifica las condiciones de producción de la enfermedad.

Incluir los procesos psíquicos a la hora de pensar la enfermedad física nos permite pensar los distintos procesos de enfermar, establecer las diferencias en cuanto a su producción, e implementar un tratamiento eficaz.

Desde el punto de vista médico, al desconocerse la causa de la enfermedad, el tratamiento de la fibromialgia es sintomático, distintos fármacos que alivian el dolor pero no curan la enfermedad. Pensarla en relación a una histeria, depresión o neurosis de angustia nos permite pensar también la posibilidad de curación de la enfermedad, la fibromialgia se cura con psicoanálisis.

Dra. Pilar Rojas.

Psicoanalista. Médico especialista en Reumatología.



***De estas definiciones, se desprende que el origen podría ser básicamente emocional, en personas con tendencia o predisposición psicomatizadora.***



## ESTUDIO 2

### *La enfermedad de los mil nombres: S.F.C.*

Interpretación Psicodinámica del Síndrome de Fatiga Crónica (CFS) 1 y de otras biopatías similares como la fibromialgia. .

***Resumen: Este trabajo es un nuevo acercamiento a una enfermedad multifactorial cuyo sustrato terapéutico general se desarrolla en sus desordenes orgánicos, por lo que se necesitan otras vías y claves para un tratamiento multi-disciplinar psicológico y social, en vez de un planteamiento únicamente médico.***

Dr. José López Gálvez, Col.7473 Médico psicoterapeuta 2

EXTRACTO:.....

Debido a mi evolución profesional como anesthesiólogo implicado en el tema del dolor -no sólo desde los aspectos físicos, sino desde los emocionales y psíquicos (el efecto placebo, etc.)- y por otra parte mi actual labor dentro de la psicoterapia, he tenido la oportunidad de tratar de forma global pacientes con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica 4 , además de otros pacientes con diferentes procesos psicodinámicos que presentan síntomas interconectados e interrelacionados con los dos anteriores.

Esto me ha llevado, sobre todo ante la insistencia de una paciente de SFC 5, a presentar el presente trabajo donde desarrollo una hipótesis clínica que permite una mayor asistencia y posibilidad de acción preventiva sobre un conjunto de pacientes, que desde mi hipótesis entran dentro de una tipología específica muy propensa a desarrollar biopatías 6: son los sujetos cuya estructura caracterial entran dentro del tipo Borderline.



***Parece que se refleja de nuevo la existencia de factores caracterizales (emocionales y psíquicos) como correlacionados con la fibromialgia.***



El nombre del SFC fue elegido de forma oficial por un grupo de científicos en 1998, por ser la fatiga el único síntoma común en el 100% de los pacientes. No hay realmente un acuerdo en como denominar el síndrome debido a la dificultad de encontrar la causa. Aunque se considere una enfermedad de final de siglo, hay informes de casos descritos muchos años atrás con síntomas muy similares, pudiéndose afirmar que el SFC / EM 10 actual se correspondería con una serie de enfermedades de corta existencia de antes 11. En otros casos, el SFC se ha identificado con el denominado Síndrome de Sensibilidad química múltiple (MCS) propuesto por Cullen en 1987 o también con la hipersensibilidad ambiental, con la enfermedad del siglo XX, o incluso con la enfermedad ecológica. Otras denominaciones 12 también le son atribuidas: Agotamiento nervioso, Fiebre Nerviosa, Neurastenia, Síndrome de Da Costa, Enfermedad crónica por EBV, Síndrome de alergia total, encefalitis miálgica benigna, neuro-miasténia epidémica, etc...

La American Association for chronic fatigue syndrome (AACFS), por su parte, define el síndrome como un desorden multisistémico que se caracteriza por una **fatiga discapacitante**

*Síntomas neurológicos y neuromusculares, trastornos cognitivos, desequilibrios neuroendocrinos y alteraciones inmunológicas.*

El **factor inmune** juega un rol fundamental en la dinámica de este síndrome, al que muchos prefieren llamar Síndrome de Fatiga Crónica y disfunción inmune (CFIDS), debido a la frecuente afectación del estado inmunológico que se ve en estos pacientes. Por lo tanto, sí hay consenso en cuanto a que **es un desorden multi sistémico caracterizado por un espectro muy amplio de síntomas**. Por otra parte, no hay indicios de que los agentes infecciosos sean los responsables de la cronicidad de esta enfermedad, aunque se sabe que las infecciones son uno de los disparadores de la misma. A pesar de estas valoraciones, para algunos autores, sigue siendo de etiología desconocida, precisando aún más investigaciones.

En todos los trabajos publicados se incluyen numerosas formas de tratar la enfermedad, pero ninguna satisfactoria. Lo mas desesperante es, pues, que ninguna de las formas de tratamiento al uso es suficiente, y es aquí donde espero poder desarrollar no solo mi hipótesis clínica, sino mi aportación a la forma de tratar el síndrome y hacer una adecuada profilaxis a nivel social general.



El hecho mas evidente para mí es que **este síndrome es el resultado de un proceso, no una enfermedad en sí a ser tratada**, por ello me encuentro en la actualidad, con que, por un lado, debe ser mas bien paliada y prevenida y por otro, debido a la hipótesis que presento en este texto, el sustrato epidemiológico que define a estos pacientes entra dentro de una topología y nosología descriptiva bien definida (por la sistemática de la Vegetoterapia carácter analítica), con lo que son pacientes necesitados de encontrar un nuevo modo de abordaje terapéutico complementario.

En esta metodología de la Vegetoterapia carácter analítica se describe que este tipo de pacientes -los borderline, en general- presentan, a veces desde su nacimiento, problemas de origen biológico y psicológico, tanto de carácter hereditario como adaptativo, que son agravados por las situaciones de estrés emocional cronificado por las actitudes disfuncionales de sus núcleos familiares y a veces también de su ambiente socio cultural. Estos hechos son los que aparecen con frecuencia en los historiales de pacientes con SFC, ya que al pertenecer al grupo de los sujetos borderline son los sujetos con mas tendencia a este tipo de enfermar, y en general, los más propensos a padecer biopatías



*Además se describen otros elementos asociados, como historiales complejos personales o familiares, como disfuncionales.*

### *Síndrome de Fatiga Crónica, diagnóstico y conceptualización clínica clásica*

Como he señalado antes, la definición que resulta más acertada es la descrita por la AACFS, que considera que **el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)** puede definirse como un **desorden multisistémico cuyos síntomas más destacados son:**

**1. una fatiga discapacitante. 2. síntomas neurológicos y neuromusculares. 3. trastornos cognitivos. 4. desequilibrios neuroendocrinos y 5.alteraciones inmunológicas.**

Algunos de los diagnósticos diferenciales del Síndrome de Fatiga Crónica los presento en forma de cuadros para su mayor comprensión. Se incluyen el desorden somático (SD) y el desorden generalizado de ansiedad.



Fatiga: el primer hallazgo sintomático. Fatiga: no se encuentra Aparición repentina de síntomas complejos habitualmente. y variados, en los grupos de 30-40 años: síntomas gastrointestinales. síntomas cognitivos, síntomas sexuales. nódulos linfáticos / cuello. dolorosos. dolor muscular, dolor poli articular, llagas en la garganta. jaquecas, sueño no reparador, malestar tras el ejercicio. dificultad en iniciar / mantener el sueño. disania (despertar cabeza nublada y confusa). La intensidad de los síntomas en un buen patrón diferenciador respecto a estos síntomas en sujetos sanos.



*Como síntomas a aliviar, centramos, el dolor, la fatiga, actitud, sueño, capacidad de descanso, concentración.*

*Aquí se efectúa un resumen comprensible de la etiología posible: Se habla de posible origen maternal, por vivencias de la madre que se trasladen al sistema vegetativo fetal y que luego se desarrollen por factores disparadores en la vida infantil o adulta.*

*Sea como sea, se incide en una predisposición musculo-vegetativo, lo que yo llamo, aprender una vía de expresión, siempre predispuesta y disparada por factores externos.*

*En el caso que nos ocupa, son personas que sienten mucho con su cuerpo y este elemento lo usaremos a su favor aquí.*

**Que estos trastornos acontecen en un substrato específico de la población que abarca las estructuras de carácter psicótico y Borderline y de manera más reducida en la neurótica; siendo incluso la fibromialgia más frecuente en BL con núcleo psico depresivo o depresivo. Que es mas frecuente en las mujeres y que tiene un alto componente psíquico y emocional, aunque no precisamente de índole psiquiátrico ni con posibilidad de tratamiento cognitivo conductual exclusivamente.**



*Si fuera cierta la estructura psicótica del carácter, y en segundo grado la neurótica, lo deberemos tener en cuenta, ya que determinada técnicas no son recomendables en el primer caso. EL monitor que aplique nuestro método, se abstendrá de enseñar técnicas de sugestión y las estrategias de cambio de actitud ante el dolor en ese caso.*



Propone:

### ***Vegetoterapia carácteroanalítico***

Es una metodología desarrollada, iniciada e investigada por el psiquiatra Wilhelm Reich y es la base de su metodología, los postreichianos la denominan orgonterapia, o metodología orgonómica en relación al concepto de Orgón, hipótesis de Reich de una energía vital universal. Con la metodología actual yo no me manifiesto en defensa de esa forma de entender la energía pues en la actualidad no se ha podido demostrar, con lo que la sitúo como hipótesis. Reconozco que hay un amplio colectivo de profesionales que consideran este concepto básico en la metodología, y por respeto a ellos lo señalo, pero yo no estoy de acuerdo en como es interpretado. No por ello dejo en el aire que su hipótesis energética sea cierta, el tiempo dirá.



*Se trata de una terapia de alimento y equilibrio energético, muy parecida a Reiki, lo que refuerza nuestra propuesta.*

*La ventaja de Reiki es el tiempo de aprendizaje y la posibilidad del autotratamiento, y que facilita uno de los objetivos de nuestro método, potenciar los recursos propios del paciente, o el efecto psicosocial de poder compartir entre compañeros de curso y otros reikistas espacios donde se traten entre ellos y refuercen su actitud con la enfermedad.*

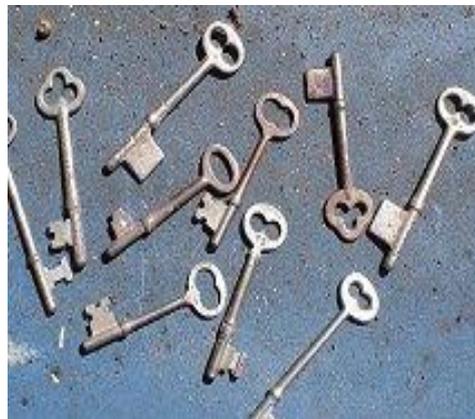
*Otra diferencia con la vegetoterapia radica en que ésta combina la Energía con la expresión hablada, sobre todo con acceso a nivel no consciente. Y no es precisa esta práctica con Reiki, ganando velocidad en la aplicación y también universalidad, pues no requiere una preparación incisiva previa.*

Valencia, 17 de agosto de 2004.



### ESTUDIO 3

Próximamente se va a publicar en la revista *Pain* un meta-análisis sobre tratamientos psicológicos en fibromialgia. La investigación, coordinada por **J.A. Glombiewskia** de la Universidad de Boston (EE.UU.), ha sido realizada tras la revisión de la literatura existente en las bases de datos PubMed, PsychINFO y *Cochrane Library*, seleccionándose un total de 23 estudios sobre 30 tratamientos psicológicos aplicados a un total de 1.396 pacientes afectados de fibromialgia.



Los resultados del meta-análisis muestran que las intervenciones psicológicas, en su conjunto, producen mejoras significativas en la reducción del dolor, con tamaños del efecto pequeños a corto plazo y moderados a largo plazo. También se observan efectos beneficiosos en relación a la disminución de los problemas de sueño y el pensamiento catastrófico, así como mejoras en el nivel funcional del paciente.

El análisis detallado de las diferentes intervenciones psicológicas ha puesto de manifiesto que el tratamiento cognitivo-conductual es significativamente más eficaz que otro tipo de tratamientos psicológicos en la reducción del dolor a corto plazo en este grupo de pacientes.

De acuerdo a los autores de la investigación, estos resultados revelan que los tratamientos psicológicos para la fibromialgia tienen un efecto pequeño a moderado, pero consistente y comparable a otro tipo de intervenciones para el dolor, así como al tratamiento farmacológico.

#### Más información en:

Glombiewskia, J.A., Sawyera, A.T., Gutermanna, J., Koeniga, K., Riefb, W. y Hofmanna, S.G. (*en prensa*). Psychological approaches are effective for fibromyalgia: Remaining issues and challenges. *Pain*



*Los estudios que demuestran la eficacia de la intervención psicoterapéutica, nos incitan a ofrecer desde el punto de vista de la formación, algunas herramientas sobre el cambio de actitud.*



## ESTUDIO 4

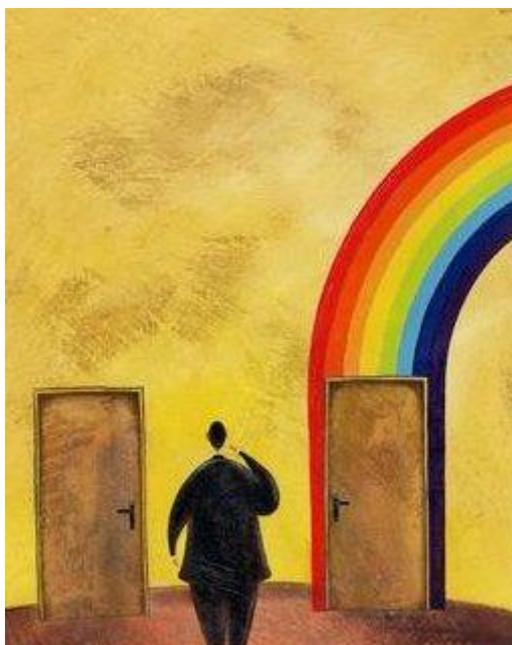
**Jenny Moix<sup>(1)</sup>, Francisco M. Kovacs<sup>(2)</sup> y coautores del libro Manual del Dolor\***

<sup>(1)</sup> Universidad Autónoma de Barcelona y <sup>(2)</sup> Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda

Se considera dolor crónico aquel que persiste más de tres meses. Bajo la calificación de dolor crónico se suelen englobar diversas patologías como lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas, entre otras.

En el último estudio realizado sobre la prevalencia de dolor en Europa (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen y Gallacher, 2006), en el que se entrevistaron a más de 46.000 personas de 16 países, se comprobó que el dolor crónico afecta a 1 de cada 5 europeos (19%). En España, este porcentaje se sitúa en el 11% y la duración e intensidad del dolor es mayor que en el resto de los países.

El impacto económico que ello supone, tanto por el coste de los tratamientos como por las bajas laborales, es altísimo. En Europa, sólo los costes asociados al dolor lumbar suponen aproximadamente entre el 1,7% y el 2,1% del Producto Interior Bruto cada año. Más del 70% de estos costes globales son producidos por el 20% de los pacientes más crónicos.



Estas cifras son alarmantes, pero lo son muchísimo más si tenemos en cuenta las repercusiones psicológicas para las personas que lo sufren. En nuestro país, se observa el porcentaje más elevado de personas con dolor crónico que sufren depresión, concretamente el 29%. Además de la depresión, la ansiedad y la ira son también emociones frecuentes.



La visión tradicional considera al dolor exclusivamente como un síntoma de una enfermedad, y este modelo funciona razonablemente bien para diagnosticar y tratar el dolor agudo.

Sin embargo, el dolor crónico suele presentarse conjuntamente con todo ese tipo de emociones, por lo que conviene conceptualizarlo como un cuadro más complejo.

Esa visión aconseja un tratamiento interdisciplinar, en el que colaboren conjuntamente médicos, fisioterapeutas, asistentes sociales, psicólogos,... A pesar de ello, este tipo de enfoque todavía está poco implantado. En el año 2008, **Carlos Barutell**, Director de la *Sociedad Española del Dolor*, afirmaba que pocas clínicas del dolor son auténticamente interdisciplinarias. Sólo un 40% cuenta con un psicólogo y de ellos sólo el 30% trabaja a tiempo completo.

Dentro de las terapias psicológicas para el dolor crónico, las técnicas cognitivo-conductuales son las más empleadas y han demostrado ser efectivas (Eccleston, Williams y Morley, 2009; Morley, Eccleston y Williams, 1999). En general, los estudios sobre técnicas cognitivo-conductuales comparan la evolución de un grupo de pacientes tratados con esas técnicas y tratamientos médicos habituales, con la de otro grupo de pacientes tratado exclusivamente con dichos tratamientos médicos. Por tanto, los resultados de esos estudios reflejan el efecto adicional que esas técnicas obtienen como coadyuvante de las terapias médicas. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y psicológica) muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. No obstante, aunque el efecto adicional que supone la adición de las técnicas cognitivo-conductuales es positivo, su magnitud es pequeña. Por tanto, es necesario seguir investigando cómo optimizar los tratamientos cognitivo-conductuales.

Dado que en España se carecía de un protocolo sistematizado para aplicar el tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico, un grupo de veinticuatro psicólogos especialistas en esta materia coordinados por Francisco Kovacs y por Jenny Moix (Moix y Kovacs, 2009), nos dispusimos a diseñarlo. En él se describen paso a paso las técnicas que deben emplearse. A continuación de forma abreviada se detallan:

### ***1.- Introducción a la terapia cognitivo-conductual.***

Es fundamental que los pacientes comprendan en qué consiste la terapia y qué beneficios pueden alcanzar.



Es usual que las personas que son derivadas a tratamientos psicológicos creen que lo son porque se considera que su estado psicológico ha sido la causa de su dolor.

En esta sesión, se les aclara que suele ser su dolor el que origina el malestar anímico y que estas emociones pueden aumentar su dolor. Una vez comprendida esta idea, se les explica que la terapia va a ir dirigida a tratar los pensamientos, conductas y emociones que incrementan su sufrimiento.

## **2.- Respiración y relajación**

El dolor provoca tensión muscular y ésta a su vez incrementa el dolor. Una vez explicado este círculo vicioso, se enseña a los pacientes cómo relajarse a través de la técnica de Jacobson. Al finalizar la sesión, se entrega un CD con las instrucciones de relajación para que practiquen diariamente.

## **3.- Manejo de la atención**

Los procesos atencionales están claramente implicados en la percepción del dolor. Una vez analizada esta influencia, se realizan una serie de ejercicios donde se enseña a redireccionar la atención. Asimismo, se les aconseja que los practiquen durante su vida diaria.

## **4.- Reestructuración cognitiva**

En primer lugar, se explican las distorsiones cognitivas que las personas solemos realizar al interpretar la realidad. Para que los pacientes puedan aprender cuáles son las distorsiones que llevan a cabo, se les entrega un registro que deben cumplimentar en casa cuando experimenten estados emocionales negativos. En ellos, deben anotar en qué situación los han sentido y cuáles han sido sus pensamientos.

## **5.- Solución de problemas**

A nivel teórico se detallan las diferentes fases de la solución de problemas. El ejercicio que se realiza al respecto se basa en un problema que voluntariamente expone algún paciente o en alguna situación problemática típica de los pacientes con dolor. El objetivo de esta práctica, es que se compruebe los distintos enfoques y estrategias con las que se puede tratar una misma situación problemática.



## **6.- Manejo de emociones y asertividad**

El primer objetivo consiste en identificar las emociones desagradables y entender su relación con el dolor.

Seguidamente, se explica el distanciamiento como forma de manejar dichos estados emocionales.

La incompreensión es una de las quejas más habituales de los pacientes con estas dolencias. El dolor, en ocasiones, dificulta la comunicación con los demás. Por ello, se enseñan los tres pasos de la asertividad como técnica para mejorar las relaciones.

## **7.- Valores y establecimientos de objetivos**

El dolor supone, en bastantes ocasiones, un cambio radical del estilo de vida. Muchas personas han de abandonar su puesto de trabajo, y no pueden mantener sus aficiones. Por ello, la sensación de sentirse perdido es bastante habitual. Esta técnica tiene como propósito trabajar los valores vitales a través de varias metáforas básicamente mediante la reflexión. Para que estas reflexiones se traduzcan a nivel práctico, se anima a los pacientes a que establezcan objetivos concretos para sus vidas.

## **8.- Organización del tiempo y actividades reforzantes**

Muchas actividades se ven enlentecidas cuando se experimenta dolor. Por ello, la sensación de falta de tiempo suele ser habitual. En esta sesión se explican diferentes estrategias para organizar el tiempo. Y dentro de la planificación se trasmite la necesidad de reservar espacios del día para la inclusión de actividades de ocio que suelen ser las primeras que se suprimen cuando se tiene la sensación de falta de tiempo.

## **9- Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, y prevención de recaídas**

Además de resaltar la importancia del ejercicio físico, la higiene postural y del sueño para reducir el dolor, se dan una serie de pautas recomendables. Es usual que mientras los pacientes acuden a las sesiones terapéuticas se sientan mejor, pero es posible que una vez finalizadas en algún momento aparezcan contratiempos. Por ello al acabar, se explica cuáles son las señales de aviso de las recaídas y qué pasos dar en el caso de que se detecten. Estas técnicas se explican detalladamente en un protocolo que se ha editado en forma de manual <sup>4</sup>.



Esperamos que sea útil para los profesionales que se dedican a este campo y que impulse la aplicación e investigación de la terapia cognitivo-conductual en nuestro país.

**\*Coautores del libro *Manual del Dolor*: Mar Arcos, Mila Buero, Francisco Javier Cano, María Isabel Casado, Carla Casals, Ester Garriga, Milena Gobbo, María José Martín, Encar Martín, María del Carmen Martínez González, Carmen Martínez Valero, Almudena Mateos, Luís Antonio Merayo, Malén Oliver-Frontera, María Ángeles Pastor, Carlos Peña, Gema Rodríguez, Pilar Roig, Cristina Ruiz, Sonia Sánchez, Mar Santos y Julia Vidal.**

## Referencias

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, A. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, vol. 10, 287-333.

Eccleston, C., Williams, A. y Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, number CD007407.

Moix, J. y Kovacs, F.M. (2009). *Manual del dolor. Tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.

Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, vol. 80, 1-13



*En el anterior estudio se están introduciendo elementos que supondrían aprovechar un segundo nivel de Reiki para explotarlos, pues podemos dotar de estrategias para mejorar la atención y el manejo emocional a través de técnicas de meditación, y mejorar al mismo tiempo la respiración y la organización temporal. Todo desde la formación, y seguramente con sesiones de apoyo.*



## ESTUDIO 5

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA

// fecha de publicación 26/06/2009 6:00:00

**Cecilia Peñacoba Puente**

Universidad Rey Juan Carlos

#### 3. Los tratamientos psicológicos actuales.

El objetivo de la mayoría de los tratamientos psicológicos en la actualidad es ayudar a la persona afectada a controlar los aspectos emocionales como la ansiedad y la depresión, los aspectos cognitivos, y los conductuales y sociales que pudieran estar agravando el cuadro clínico. De igual manera, se persigue con este tipo de tratamiento que el paciente modifique sus creencias sobre la enfermedad y aprenda técnicas de afrontamiento que le permitan responder adecuadamente al dolor y a otras manifestaciones clínicas. En las psicoterapias se pueden incluir varias modalidades, entre las más frecuentemente utilizadas en el tratamiento de la FM: a) la información y la educación y b) la terapia cognitivo-conductual.

En varias ocasiones, la información y educación del síndrome forman parte de la condición control con la que se comparan otras modalidades terapéuticas o se combinan con esas otras modalidades (Buckelew et al., 1998; Rivera et al., 2004; Thieme et al., 2003). El tratamiento cognitivo-conductual (TCC) es la intervención psicológica que ha demostrado más eficacia en el tratamiento de la FM (Wells-Federman et al., 2003). Este tratamiento combina técnicas de condicionamiento clásico y operante (extinción, refuerzo positivo, moldeado, etc.), aprendizaje observacional, estrategias de solución de problemas y habilidades de afrontamiento (relajación y técnicas de autocontrol emocional).





Incluye una fase educacional que informa al paciente sobre la naturaleza del trastorno y el modo en que lo afronta, una fase de adquisición de habilidades (aumento de actividades, relajación, solución de problemas, higiene del sueño, etc.) y una fase de puesta en práctica, en la que el paciente comprueba y optimiza los recursos para controlar los síntomas de la FM.



Los pacientes consiguen ganar control sobre el impacto del dolor y sobre el funcionamiento físico (Compas et al., 1998; Keefe et al., 2001). En un trabajo de revisión, **Morley** et al. (1999) concluyeron que existe fuerte evidencia a favor de la eficacia de la terapia de conducta y el TCC en la mejoría del dolor, el afrontamiento positivo del mismo y el funcionamiento social. Según el meta-análisis de **Rossy** et al. (1999) en el tratamiento específico de la FM, el TCC fue la terapia que mayor eficacia mostró sobre el nivel de actividad, incluso por encima del tratamiento farmacológico aislado.

**Thieme** et al. (2003) pusieron a prueba un programa, individual y en grupo, de modificación de conducta. El entrenamiento en cambio de hábitos tenía como objetivo reducir el uso de la medicación, aumentar la actividad física, reducir la interferencia del dolor sobre el trabajo, ocio, actividades sociales y actividades familiares, y mejorar las habilidades de relación interpersonal. Los pacientes que recibieron este tratamiento vieron reducida la intensidad del dolor, el malestar emocional y aumentaron su capacidad de control hasta quince meses después de finalizado el tratamiento.

En otro estudio longitudinal, **White** y **Nielson** (1995), observaron que la muestra que había recibido TCC en el tratamiento de la FM mantuvo las ganancias obtenidas en la capacidad de control del dolor treinta meses después.

### *Propuesta de áreas de intervención en fibromialgia desde la Psicología.*

Después de lo expuesto anteriormente, podemos considerar las siguientes áreas de actuación en FM:

- **Estrés y sintomatología asociada.** Según distintos autores, el comienzo de la enfermedad coincide con la presencia de eventos vitales (Dailey et al., 1990).



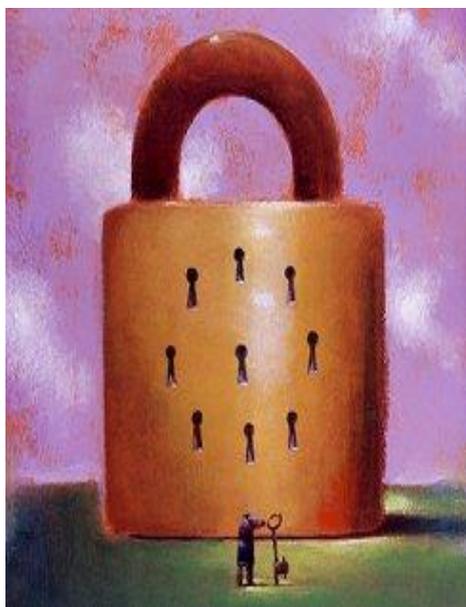
Además, la FM suele asociarse a síntomas que a su vez están asociados al estrés (Bennet, 2004; Dailey et al., 1990), como cefaleas tensionales, colon irritable, etc. y que pueden agravarse o desencadenarse por él. El padecer una enfermedad como la FM puede percibirse como un estímulo o factor estresante; de hecho, el dolor se considera como un fuerte estresor que a la vez puede ser generador de una serie de estresores. Es por ello que varios tratamientos abordan esta temática (ver por ejemplo Reibel et al., 2001; Wigers et al., 1996).

- **Dolor.** Dado que uno de los síntomas distintivos de la fibromialgia es el dolor, éste ha sido uno de los aspectos más estudiados desde la Psicología de la Salud y prácticamente en la mayoría de los tratamientos psicológicos para la FM se incluye alguna técnica para el control del mismo: entrenamiento en relajación, ejercicio aeróbico, reestructuración cognitiva... (ver Collado, Cruz et al., 2001; Soares y Grossi, 2002; Turk et al., 1998).
- **Regulación de la actividad.** Margallo et al. (2005) enfatizan la importancia que tiene desde el punto de la intervención ocupacional ajustar la actividad a la máxima capacidad de la persona, a sus necesidades específicas y a sus circunstancias particulares. La actividad ha de conservar relevancia y carácter práctico, de forma que los ajustes deben hacerse para motivar a la persona a continuar participando, manteniendo la mejoría y adaptando la tarea al deterioro (Turner, Foster y Johnson, 2003).
- **Ansiedad y Depresión.** La ansiedad puede contribuir al mantenimiento y exacerbación del dolor, manteniendo constante la intensidad de dolor calificándolo como más insoportable. También se han estudiado los círculos viciosos ansiedad-dolor, dónde la ansiedad incrementa la percepción dolorosa, al tiempo que la percepción contribuye al incremento de la ansiedad, facilitando el círculo. En relación a la asociación entre depresión y dolor se encuentra mucha literatura. El dolor y la depresión comparten muchas características comunes y existe evidencia de una mayor tasa de cuadros depresivos en pacientes con dolor crónico (Banks y Kerns, 1996).
- **Quejas y funciones cognitivas.** Diversos estudios han comprobado la afectación de diversos aspectos del procesamiento de la información, como son la memoria y la atención en los pacientes con FM y dolor crónico (Castel et al., 2008), debido, entre otras causas, a que el paciente focaliza toda su atención en su proceso doloroso, provocando así una notable disminución atencional hacia el resto de sus procesos cognitivos.



Diversos autores (Suhr, 2003; Pincus et al., 1998) señalan la relación entre el estrés y las disfunciones cognitivas y la percepción de las mismas (Muñoz y Esteve, 2005; Suhr, 2003).

Es decir, la percepción hallada en déficits cognitivos se encontraría más relacionada con el estrés emocional, y en especial con la depresión y el catastrofismo (Muñoz y Esteve, 2005), que con la objetividad del deterioro. Recientemente, **Walitt** et al. (2008), en una revisión sobre el tema, comparando el rendimiento cognitivo de los pacientes con FM con otras patologías de dolor crónico, señalan que diferentes estudios no encuentran diferencias significativas en los rendimientos de ambos grupos de pacientes ni en atención ni en memoria, existiendo únicamente diferencias en las quejas sobre olvidos cotidianos con respecto a sus problemas de memoria.



- **Adaptación social y ocupacional.** La repercusión a nivel funcional y ocupacional de los pacientes afectados por FM es tal que en varios estudios (Pavoni et al., 2008, Alegre, 2008) se ha observado que la calidad de vida es significativamente peor que la de otros pacientes con enfermedades graves e incapacitantes, como son la artritis reumatoide o la artrosis degenerativa (Merayo et al., 2007). Además, los altos niveles de ansiedad y depresión, propios de condiciones de dolor crónico, desencadenan una grave disfunción social y ocupacional (Pavoni et al., 2008).

Desde el punto de vista ocupacional, el impacto de la FM en el desempeño de las actividades de la vida diaria es muy importante, resultando ser el dolor y la fatiga, seguidos de la debilidad muscular y las alteraciones del sueño, los síntomas más frecuentes que generan mayor interferencia. Además, los pacientes con FM tienen escasa tolerancia al ejercicio físico (Amaro et al., 2006), por lo tanto es frecuente que aparezcan dificultades en la realización de actividades con altos requerimientos físicos (tareas domésticas o trabajo físico). Igualmente, se produce una disminución en las tareas de mayor demanda cognitiva, como las actividades de lectura y concentración.



De acuerdo con **Cox** (2000), los pacientes con FM presentan un patrón de actividad caracterizado por alternar periodos libres de síntomas o con síntomas menos intensos (en los que se intenta retomar gran número de actividades) con periodos de exacerbación de los síntomas, principalmente dolor y fatiga (en los que la persona se ve obligada a descansar). La actuación en este ámbito se dirige a reflexionar sobre el patrón de actividad, a la inclusión de descansos, a la realización de técnicas de relajación y de ejercicio físico moderado (Sim y Adams, 2003). Igualmente, no sólo hay que adoptar estrategias comportamentales, de organización y planificación del tiempo, delegación y disfrute de actividades placenteras, sino también cognitivas, relacionadas con ideas irracionales acerca del desempeño y autoexigencias.

Además de estas áreas no debemos olvidar la intervención en otras áreas que requieren especial atención en las personas con fibromialgia:

- **Afectividad y sexualidad.** Como consecuencia de su sintomatología (dolor) y de las consecuencias emocionales asociadas, las personas con fibromialgia experimentan una afectación en su afectividad y en su sexualidad. A veces se produce un rechazo hacia toda experiencia sexual, lo que a su vez produce problemas interpersonales y reacciones emocionales negativas que contribuyen al empeoramiento del cuadro. Una intervención acertada en este ámbito mejorará de manera indirecta la autoestima y la autoeficacia, lo que repercutirá en su calidad de vida.
- **Educación familiar.** Las personas con FM necesitan un apoyo adicional en el entorno familiar. Este apoyo pasa necesariamente por una educación familiar adecuada. En numerosas ocasiones, se sienten incomprendidas ante un diagnóstico que "no encuentra una causa", sintiéndose culpables por "sentirse enfermas" sin razón aparente. La sintomatología afecta de manera considerable a su actividad diaria, provocando una importante limitación funcional. Se hace necesario un compromiso, un entendimiento y una colaboración familiar, y eso no es posible sin una fase de información y educación previa.
- **Adhesión terapéutica.** Este es un aspecto esencial (al que apenas se le presta atención) en el caso de la FM. En la mayoría de las ocasiones estas pacientes llevan un tratamiento multifacético (no necesariamente multidisciplinar) que combina diversos tratamientos farmacológicos (en ocasiones prescritos por diferentes especialistas: p.e., psiquiatría, reumatología), ejercicio físico y dieta, entre otros.



En ocasiones además, a través de entidades privadas o de las propias asociaciones de ayuda mutua, estas pacientes llevan a cabo de manera complementaria terapias alternativas y/o terapias psicológicas. Es de sobra conocido el papel de la Psicología en la promoción de la adhesión terapéutica, y en estos pacientes que "han probado prácticamente de todo" parece que las variables cognitivas y afectivas desempeñan un papel fundamental en dicha adhesión.

- **Formación en salud.** Parece fundamental trabajar en formación en salud en los diferentes contextos de interés. Dentro del contexto sanitario se están llevando a cabo diferentes acciones de formación con el objetivo de entender esta enfermedad, desde modelos multicausales y desde un enfoque biopsicosocial, e incorporar tratamientos coherentes a su vez con este enfoque. Igualmente, en el contexto laboral, a través de la Medicina del Trabajo y de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, se debe tener conocimiento de las características de la FM y de la limitación ocupacional que conlleva.

No queremos concluir este apartado sin mencionar otro ámbito de actuación no explorado en la fibromialgia. Como nos ocurrió en otras enfermedades "propias del ámbito médico tradicional", en la actualidad la Psicología va avanzando en la FM de un modelo psicopatológico/psiquiátrico a un modelo de enfermedad bio-psico-social. En este último contexto, tal y como se ha señalado, valorando las actuaciones realizadas, los psicólogos nos hemos centrado en la intervención sobre la enfermedad atendiendo a los aspectos cognitivos y emocionales que influyen en la sintomatología asociada a la FM (dolor, estrés, ansiedad, depresión, limitación funcional...). Queda todavía, otra vía de actuación, más relacionada con la promoción de la salud, y es aquella centrada en el afrontamiento de la enfermedad desde un foco diferente, cuya finalidad será la construcción de fortalezas, virtudes y competencias, aumentando las emociones positivas e incrementando así la calidad de vida y, consecuentemente, aprendiendo una fórmula para afrontar resistentemente la fibromialgia. Además, se busca un aprendizaje completo del proceso de regulación emocional adoptando una actitud distinta hacia las emociones, más encaminada hacia la identificación de éstas, la búsqueda de su función y su aceptación, lo que repercutirá en la disminución del dolor y el afrontamiento adecuado del mismo. Variables como la autoestima, el sentido de coherencia, la capacidad de expresión emocional, el autocontrol emocional, el optimismo, el apoyo social y la asertividad tendrían cabida dentro de este enfoque.



En definitiva, el papel del psicólogo en el tratamiento de la FM es potencialmente muy amplio y se encuentra científicamente fundamentado aunque en la realidad se encuentre todavía muy reducido. El trabajo interdisciplinar y el cambio en la forma de entender los problemas de salud hacia enfoques multicausales, idiosincrásicos, holísticos y biopsicosociales son condiciones indispensables para que las aportaciones de la Psicología contribuyan de manera eficaz a la mejora de la calidad de vida en las personas afectadas con FM y a la prevención de la misma en personas con factores de riesgo. **Sobre la autora:**

**Cecilia Peñacoba Puente** es Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos; especialista en Psicología de la Salud, interesada especialmente en las relaciones entre personalidad y salud, temas sobre los que ha publicado en revistas y editoriales nacionales e internacionales. Compagina su actividad investigadora con la actividad docente de esta misma disciplina en profesiones sanitarias (Medicina, Enfermería y Fisioterapia) y con la actividad clínica en la misma universidad. En la actualidad prioriza su investigación sobre dolor crónico, y sobre fibromialgia en particular, tanto a nivel básico como aplicado, -línea de trabajo que ha sido galardonada recientemente con el I Premio Nacional de Psicología y Fibromialgia-.



*Aunque el estudio anterior aborda aspectos que no podemos incluir en la formación, la escala "dolor", si puede ser objeto de nuestro manual, pues podemos mostrar como aislar el dolor y disminuir su efecto con técnicas sugestivas, al margen de aquellas que lo disminuyen, sobre todo cuando tienen origen muscular, como la relajación y su hábito llevado a lo diurno.*

*Sobre esto último, encontramos muy adolescentes las formaciones que hemos visto, en la implantación real y cotidiana de la relajación. Si no logramos que sea un mecanismo mecánico, lo ceñimos solamente a un experimento de laboratorio en el gimnasio o en el lugar donde lo realizamos, sin haberlo incorporado a nuestros hábitos del día a día.*



## ESTUDIO 6

### ABORDAJE DE LA FIBROMIALGIA MEDIANTE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON: FACTORES QUE CONDICIONAN SU EVOLUCIÓN

Autor/es: [Castel A](#) | [Huquet A](#) | [Padrol A](#) | [Rull M](#) | [Sala J](#) | Presentado en : V Congreso de la sociedad del Dolor (Salamanca 2002)

**Introducción.** La fibromialgia es un trastorno que afecta a la modulación del dolor y en el que, según diversos estudios, las variables psicológicas desempeñan un papel muy importante.

**Objetivo.** Describir el resultado de la evolución en la intensidad del dolor en una muestra de pacientes con fibromialgia tratados mediante la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

**Método.** La muestra está constituida por 29 pacientes atendidos en nuestra Unidad y con diagnóstico de fibromialgia siguiendo los criterios de la American College of Rheumatology. El 93,1% de los pacientes son mujeres y el 6,9% hombres, con una media de edad de 46,3 años (rango 28-69) y una duración del dolor de 124 meses (rango 14,288). En el momento de la evaluación psicológica todos los pacientes estaban siguiendo tratamiento farmacológico (AINEs, antidepresivos, hipnóticos, miorelajantes). Se les administró el Inventario de Depresión (BDI) de Beck (1979), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y se registraron durante siete días las intensidades de dolor mediante autorregistro, lo cual permitía la obtención de los valores máximo, mínimo y medio de dolor. Una vez evaluados, los pacientes iniciaban un programa de intervención psicológica individual que incluía información verbal sobre características de la enfermedad y entrenamiento en la técnica de relajación progresiva de Jacobson. En consulta se explicaba dicha técnica, su finalidad, se practicaban los ejercicios y se hacía entrega de documentación escrita de los mismos, con una hoja de registro en donde el paciente debía anotar la frecuencia y duración de la práctica. Se realizaron consultas de supervisión de las tareas encomendadas y a los tres meses se efectuó una nueva evaluación del dolor mediante autorregistro por un periodo de siete días. Se compararon los resultados obtenidos en la intensidad del dolor antes y después de la intervención y se calculó el porcentaje de mejoría obtenido. Se analizaron las diferencias existentes en la evolución del dolor en función de las siguientes variables agrupadas, cada una de ellas, dicotómicamente: tiempo de duración, intensidad inicial, niveles de depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo.



El criterio en la agrupación de las variables fue el siguiente: el tiempo de duración del dolor y la intensidad inicial se agruparon en función del valor mayor o menor al de la media aritmética. Los niveles de depresión siguiendo las recomendaciones de Kendall (1987) respecto de las puntuaciones del BDI: sin evidencia de depresión ( $PD < 20$ ), con probable depresión ( $PD \geq 20$ ). Los resultados obtenidos en el STAI-E y en el STAI-R se agruparon en función de su puntuación centílica ( $PC < 75$ ,  $PC \geq 75$ ). El análisis estadístico de los resultados fue realizado mediante el programa SPSS para Windows.

**Resultados.** El 55,3% de los pacientes obtuvo una puntuación superior a 20 en el BDI, el 55% presentó una puntuación positiva en ansiedad estado y el 69% en ansiedad rasgo. Al comparar los resultados en función de su porcentaje de mejoría y teniendo en cuenta las agrupaciones reseñadas anteriormente, no se ha evidenciado diferencia significativa en la evolución del dolor en función de la duración del mismo, ni en función de su intensidad inicial. Los pacientes que no presentaron ansiedad rasgo mejoraron significativamente más en intensidad mínima ( $p < 0,01$ ) y media de dolor ( $p < 0,001$ ) que los pacientes que sí presentaron ansiedad rasgo. Con respecto a la presencia de depresión, los pacientes con puntuación inferior a 20 en el BDI evolucionaron de forma significativamente mejor en todos los parámetros del dolor considerados: intensidad máxima ( $p < 0,025$ ), intensidad media ( $p < 0,025$ ) e intensidad mínima ( $p < 0,05$ ).

Conclusiones. 1. En nuestra muestra de pacientes el nivel previo de depresión parece una variable importante en la determinación de la evolución posterior del dolor. Los pacientes más deprimidos evolucionan peor. Asimismo, la ansiedad rasgo aparece como otro factor pronóstico a considerar. 2. La técnica se demuestra eficaz en el tratamiento coadyuvante de la fibromialgia, si bien se requiere de estudios con muestras clínicas más amplias, adaptadas a nuestro entorno, para verificar los resultados.

Contenido presentado el: 2002-00-00



*El estudio nos recuerda los límites de nuestra aportación. Creemos firmemente que puede suponer una mejora sintomatológica, incluso etiológica, y un cambio, pero no sin los tratamientos que la medicina prescribe. Nuestra propuesta es complementaria.*



## ESTUDIO 7

### FIBROMIALGIA, SPECT Y TRATAMIENTO HIPNÓTICO

Autor/es: [Añez C](#) | [Bueno J.M](#) | [Ciurana R](#) | [Rull M](#) | [Sala J](#) |

**Introducción.** La fibromialgia se acompaña de una disminución de la perfusión en las áreas subtentoriales comprobada mediante SPECT (1). La hipnosis parece aumentar y regularizar la circulación cerebral en estas áreas (2).

**Objetivo.** Valorar el aumento de la perfusión cerebral mediante SPECT en pacientes diagnosticados de fibromialgia tratados farmacológicamente y mediante hipnosis, correlacionando la imagen de SPECT con su mejoría clínica (3,4).

**Método.** Estudiamos 5 pacientes diagnosticados de fibromialgia según los criterios del American College of Rheumatology en tratamiento farmacológico con AINES, antidepresivos, hipnóticos y psicoterapia hipnótica. Se realizó un SPECT en vigilia y otro en hipnosis.

**Resultado.** Se objetivó un aumento de la circulación cerebral bajo hipnosis en comparación al SPECT realizado en situación de vigilia. Los pacientes mejoraron clínicamente en los siguientes 30 días, disminuyendo sus requerimientos de analgésicos, regularizando su ritmo de sueño y mejorando su actividad física diaria.

**Conclusión.** La hipnosis puede ser un tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados de fibromialgia.

Bibliografía. 1. Muntz. Arthritis & Rheumatology 1995; 18 (7): 926-938. 2. Crawford J.H. XXV Congress of Psychology. Bruselles. 3. Haanen H.C. J. Rheumatology 1991; 18 (1): 72-75. 4. Oangiger N. Pain 1998; 75: 85-92



*Refuerza nuestro concepto de sugestión, ya que se basa en algo parecido a la autohipnosis. En cualquier caso, recomendamos el CD de Brian Weiss "Relajación Profunda" cuando no es posible la autohipnosis, visto que emplea este tipo de lenguaje (hipnótico)*



## ESTUDIO 8

### FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. UNA LECTURA PSICOANALÍTICA

El Psicoanálisis plantea un nuevo nivel de objetividad, no se trata del sueño soñado sino de su relato, como no se trata del síntoma sino de lo que el paciente diga del síntoma. Y no hay síntoma que signifique lo mismo en distintos pacientes al igual que un mismo síntoma en lo manifiesto puede estar sustentado por diferentes posiciones psíquicas. Y nada sabremos de ello si no es en el pacto analítico porque la interpretación es en transferencia. Con este límite teórico acercaré una lectura psicoanalítica de la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónico. Comencemos por la descripción médica.

La fibromialgia es una enfermedad frecuente que afecta al 2,4% de la población española, lo que supone en términos absolutos 700.000 pacientes, aunque otras estadísticas estiman una cifra superior a 1.000.000. Descrita en todos los grupos etarios, la edad de presentación más frecuente es entre los 40 y 50 años. Existe un claro predominio de mujeres con una relación mujer: varón de 21:1.

El dolor centra la vida de los pacientes con fibromialgia. Un dolor musculoesquelético sin afectación articular, que definen como continuo y generalizado y que localizan alrededor de la columna vertebral, zona proximal de extremidades, glúteos, muslos, aunque también afecta con frecuencia antebrazos, manos, pies..., les duele todo el cuerpo. El paciente señala con frecuencia que el dolor es intenso o insoportable y lo define como agotador, deprimente, como un agarrotamiento.

La fatiga (astenia o cansancio) se halla presente en más del 70% de los pacientes. Se puede producir en forma de crisis de agotamiento de 1 o 2 días de duración, o más frecuentemente de forma continua, mejorando levemente con el reposo. En algunos pacientes la fatiga puede ser más intensa y severa que los dolores, que incluso pueden no existir. Su cuadro correspondería a un Síndrome de fatiga crónica, una entidad de causa desconocida que disminuye la capacidad de la persona para realizar sus actividades diarias. La alteración del sueño es el tercer síntoma en frecuencia. Lo más común es que afecte a la conciliación y el mantenimiento del sueño, con despertares frecuentes y un sueño no reparador.



Los pacientes, generalmente mujeres de mediana edad, manifiestan dolores continuos y difusos, mal definidos, de localización imprecisa y múltiple. Un queja dolorosa desproporcionada a la limitación funcional que les produce y que no se corresponde con los datos de la exploración física, donde no se objetiva ninguna lesión ni limitación del movimiento.

A esto se añade un cansancio que no se recupera con el sueño, de forma que refieren levantarse "peor que se acuestan", "como si le hubieran dado una paliza" o "como si le hubiera pasado un camión por encima" (frases que comúnmente expresa el paciente).

Este cuadro suele acompañarse, de manera variable de parestesias en manos y piernas (sensaciones táctiles de hormigueo, como cuando se nos duerme una mano o una pierna), hipersensibilidad auditiva, cefalea, mareo o inestabilidad, hipersudoración, palpitaciones, molestias ginecológicas como dismenorrea o alteraciones intestinales.

Paradójicamente, pese a lo abigarrado del cuadro tanto la exploración física como los exámenes complementarios resultan normales. No se objetiva ninguna lesión responsable de la sintomatología. De etiología desconocida, se cree que es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor, que condiciona una hiperalgesia (un dolor exagerado a estímulos mecánicos) y se habla de una disminución del umbral del dolor. Centrémonos en el dolor, el centro de esta enfermedad.

El dolor es señal de alarma de la existencia de una lesión en un órgano o tejido, un mecanismo de protección que nos hace retirar la mano cuando nos quemamos, porque nos duele; la señal prototípica de la representación de nuestro cuerpo, a veces incluso como señal de que nuestro cuerpo está vivo. ¿Pero qué nos señala el dolor en la fibromialgia si no hay lesión física que lo justifique? Podríamos pensar que es un dolor psíquico.

La transformación de las sensaciones psíquicas en sensaciones físicas es propia de ciertos sujetos propensos a la posición histérica.

Si ante cualquier estímulo, tanto somático como psíquico, los humanos respondemos con una elaboración del mismo tanto psíquica como somática, lo que sucede en la histeria es que existe una imposibilidad de derivar lo psíquico por vía psíquica, de tal manera, que hay un desvío hacia lo somático.



Mientras que en los sujetos propensos a la posición de angustia, en la neurosis de angustia, existe una imposibilidad de derivar lo somático por vía psíquica. Cualquier excitación o sensación corporal, en vez de elaborarla psíquicamente, con una frase, la resuelven corporalmente, por eso se dice que en la neurosis de angustia, no existe mecanismo psíquico en juego en la producción de los síntomas. Lo que tendrían que hacer psíquico lo hacen físico.

Llegados a este punto, quizás una de las características del dolor presente en estos pacientes, nos ayude a continuar. Como habíamos visto se trata de un dolor generalizado, difuso, que no se corresponde claramente con ninguna estructura anatómica concreta. Este dato sugiere que el cuadro doloroso puede estar en relación con una posición histérica, con la anatomía imaginaria propia de la misma. Porque si bien los síntomas somáticos de la histeria tienen que ver con el sistema nervioso somático, aquél que regula el movimiento y la relación con el mundo exterior, la anatomía de la histeria no sigue nunca la distribución anatómica exacta de los nervios, la anatomía real, sino que los síntomas se ajustan a una anatomía imaginaria, en relación con la imagen corporal, lo que vulgarmente consideramos cuerpo, sin sus complejidades pulsionales, a diferencia de la neurosis de angustia que tiene relación con la anatomía real y donde los síntomas están mediados por el sistema nervioso autónomo que regula las relaciones internas.

La posición histérica convierte en dolor físico lo que tenía que haber transcurrido como dolor psíquico. Pero la histeria no crea el dolor somático sino que lo utiliza, antes ha sido una zona dolorida, una zona histerógena o erotizada, recordemos el caso de la paciente que presentaba un dolor en la pierna, el lugar donde apoyaba la pierna del padre enfermo mientras le cambiaba el vendaje en el transcurso de una larga enfermedad. Hay una conexión entre el dolor físico y el afecto psíquico. Una frase sustenta el síntoma, por ejemplo: el dolor en la pierna asociado a no lograr avanzar un solo paso en sus propósitos, un dolor de talón que se agudiza cuando la paciente piensa que va no va a entrar con buen pie, o la neuralgia facial (dolor en la cara) que expresa una ofensa: "fue una bofetada para mí".

En el síntoma histérico, al igual que en el sueño, se realiza un deseo sexual infantil reprimido, en tanto la histeria está en relación a la sexualidad infantil reprimida, que sólo existe como reprimida. El deseo inconsciente en juego, se satisface, de manera deformada e irreconocible, en el síntoma. Pero el paciente histérico no goza del síntoma sino de la posición psíquica que con el síntoma alcanza.



Por otra parte, y volviendo a la fibromialgia, que el dolor sea tan intenso y desproporcionado a los hallazgos físicos puede responder a una posición histérica en tanto la histeria es una enfermedad de manifestaciones excesivas, que entraña una tendencia a producir sus síntomas con la mayor intensidad posible. Pero podríamos pensar también que estos pacientes tienen una hipersensibilidad generalizada de la que son muestra la hiperalgesia (hipersensibilidad al dolor) o la hiperestesia auditiva (hipersensibilidad con respecto a los ruidos).

Lo que es evidente es que cualquiera que sea la causa del dolor, aunque se trate de la imaginación, no por ello los dolores son menos reales y menos violentos.

¿Pero qué sucede con el resto de síntomas? Dos características de los mismos nos pueden orientar: son funcionales, es decir, no se acompañan de lesión orgánica objetivable y algunos de ellos están mediados por el sistema nervioso autónomo. Esto nos hace pensar en una neurosis actual (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), en las que los síntomas somáticos se corresponden con lo señalado, en concreto en las dos primeras, neurosis de angustia y neurastenia ya que en la hipocondría no existe lesión funcional, ni orgánica, aunque el paciente tiene "sensaciones" de tener una lesión orgánica.

El mareo o inestabilidad, las palpitaciones, las parestesias, las alteraciones intestinales o la hiperestesia auditiva que puede ser causa de alteraciones del sueño como las descritas en la fibromialgia, forman parte de las manifestaciones de la neurosis de angustia, cuadro que se caracteriza por la excitabilidad general, la espera angustiosa y los ataques de angustia o equivalentes entre los que se encuentran los síntomas antes mencionados que pueden manifestarse, también, en forma crónica. Así sucede especialmente con la diarrea, el vértigo o mareo y las parestesias. Y a su vez el vértigo crónico puede quedar representado por una tendencia duradera de cansancio.

La neurastenia, a su vez, presenta un cuadro sintomático muy definido, consistente en pesadez de cabeza, dispepsia, estreñimiento, fatiga o cansancio que no se corresponde con la actividad física y no mejora con el reposo nocturno, los pacientes se levantan ya cansados. En el neurasténico existe una intolerancia a la acumulación de excitación, por eso cualquier actividad que el sujeto realice y que le lleve a una excitación, tiende a interrumpirla periódicamente, en cuanto la excitación haya alcanzado cierto umbral. Esta intolerancia a la excitación, hace que nunca sea capaz de "acumular" la suficiente energía como para acometer sin cansancio las tareas cotidianas.



Como resultado de ello, el paciente refiere un cansancio marcado y una dificultad excesiva en el desarrollo de su tarea. Son pacientes que frente a cualquier excitación tienden a masturbarse.

Si la histeria está en relación con la sexualidad infantil, lo que está en juego en las neurosis actuales es la sexualidad actual, la forma de relaciones sexuales que tienen los adultos en su búsqueda de la satisfacción sexual. En el neurasténico la intolerancia a la acumulación de excitación que le lleva a la masturbación, en el neurótico de angustia la tendencia a la desviación de la tensión sexual somática de lo psíquico que le lleva a prácticas sexuales al estilo del coitus interruptus.

Para concluir podríamos pensar que los síntomas de la fibromialgia pueden estar en relación a la histeria, la neurosis de angustia o la neurastenia, probablemente una neurosis mixta en la mayoría de los casos. En el caso del Síndrome de fatiga crónica probablemente una neurastenia.

Por último, volver a señalar que en Psicoanálisis el diagnóstico no es fenomenológico, no se basa en la descripción de los síntomas, sino que en el proceso analítico se desplegará la posición que sostiene el síntoma en ese sujeto.

### **Pilar Rojas**

*Psicoanalista*

Médico especialista en Reumatología y

en Medicina Familiar y Comunitaria

Madrid: 696 194 259



*Esta introducción de Pilar Rojas, aporta, con mayor profundidad, el significado que el dolor y la fatiga toman para el paciente, así como el concepto y síntomas de la enfermedad. En todo caso, desde nuestra perspectiva y la limitación de nuestros objetivos, entendemos, en lo más elemental, que el síntoma tiene un significado para el paciente que es único y simbólico, aludiendo además al esquema corporal irrepetible que cada uno tiene de sí.*

*Inabordable desde la formación, lo que sí resaltamos y tendremos en cuenta para las sugerencias es el esquema corporal del sujeto y abriremos posibilidades en la elaboración de afirmaciones a enunciados individuales sobre el significado espontáneo del sujeto.*



## ESTUDIO 9

### EXTRACTO DE UN PROGRAMA DE FORMACION PSICOLOGICO ORIENTADO A LA FIBROMIALGIA

Santiago Castellanos de Marcos

**Temario cubierto por el curso:**

Contenidos

#### 2. Tensión muscular y relajación

a. La tensión muscular en la aparición y mantenimiento del dolor.

i. La propia enfermedad es tensión muscular.

b. La relajación y la respiración como estrategia de afrontamiento en los pacientes de FM:

i. Cómo explicarla a estos enfermos

ii. Cómo hacerla

iii. Relajación en imaginación, con ejercicios específicos para cuello, hombros y brazos.

#### 3. Las emociones negativas

a. Ira, irritabilidad, ansiedad, tristeza, etc.:

b. Cómo distinguir entre el dolor y las emociones que lleva aparejadas.

d. Enseñar relajación como estrategia de control emocional.

e. Otras técnicas cognitivas.

d. Recordar el papel de la relajación en la mejora de los problemas del sueño.

#### 7. La focalización de la atención y las quejas en el mantenimiento del dolor

a. Ser consciente de que el dolor es el centro de la vida del paciente de FM.

b. Saber las consecuencias de este hecho y cómo atajarlas:

i. Disminución de actividades e intereses.

ii. Deterioro de las relaciones socio/laborales.

iii. Influencia en el estado de ánimo.

c. El papel de las quejas en el mantenimiento del dolor.

i. Explicar por qué debemos hacer demandas asertivas en vez de quejas.

ii. Cómo las quejas y conversaciones sobre dolor

iii. Entrenamiento en asertividad: distinguir entre los estilos de comportamiento: agresivo/ pasivo/ asertivo.



- iv. Enseñar a formular demandas asertivas: expresión directa de necesidades y deseos.
  - v. Hincapié en la importancia de la colaboración de la familia.
  - i. Tremendismos y predicciones sobre la perpetuación del dolor.
  - ii. Autorreferencias de inutilidad y falta de valía por tener dolor.
- d. Insistencia en la necesidad de práctica regular y continua: "inculcar un nuevo modo de vida".



*Tendremos en cuenta los siguientes puntos a raíz de la lectura de este programa:*

*Para incorporar a las técnicas sugestivas o de relajación:*

*\* Relajación en imaginación, con ejercicios específicos para cuello, hombros y brazos.*

*\* El papel de la relajación en la mejora de los problemas del sueño.*

*\* Autorreferencias de inutilidad y falta de valía por tener dolor.*

*\* Insistencia en la necesidad de práctica regular y continua: "inculcar un nuevo modo de vida".*

*\* Para incorporar a la toma de conciencia sobre el cambio de actitud y forma de pensar:*

*\* Cómo distinguir entre el dolor y las emociones que lleva aparejadas*

*\* Entrenamiento en asertividad: distinguir entre los estilos de comportamiento: agresivo/pasivo/asertivo.*

*\* Enseñar a formular demandas asertivas: expresión directa de necesidades y deseos*

*\* Autorreferencias de inutilidad y falta de valía por tener dolor.*

*\* Insistencia en la necesidad de práctica regular y continua: "inculcar un nuevo modo de vida".*



## **El cuerpo y el organismo...**

Hay que considerar la diferencia que existe entre cuerpo y organismo. Aquí hay un punto de partida distinto en la medicina y el psicoanálisis.

Para el médico el cuerpo es una suma de órganos, el saber de la medicina es un saber sobre lo real del organismo, que concierne a un real biológico.

El saber de la ciencia es un saber más o menos efectivo, puesto que no siempre cura. Para el psicoanálisis el organismo y el cuerpo no son la misma cosa.

El desarrollo de la genética y la biotecnología han sorprendido a todos, sobre todo a partir de la clonación de la oveja Dolly por el científico escocés Ian Willians, y plantea numerosos problemas éticos a la humanidad, pero siempre queda un resto no alcanzable. El mismo científico que puede duplicar o clonar al organismo de la oveja, tiene que reconocer que no hay posibilidad para la clonación humana, porque dice que somos el fruto de la interacción de los genes y el medio ambiente.

Para el psicoanálisis el ser hablante está parasitado por el significante, el cuerpo no es un dato primario, entre el organismo y el cuerpo hay una gran distancia.

Esto se puede observar en la clínica y podría dar muchísimos ejemplos. He podido observar como los ancianos, en ocasiones, habitados por el deseo de morir, consiguen su objetivo de manera rápida y eficaz. Así me lo confesó una mujer de algo más de 70 años, tras el fallecimiento de su marido y pude observar como en el corto periodo de dos meses su cuerpo se iba estremeciendo progresivamente hasta su muerte, lo real del organismo se descomponía, no se podía hacer nada. Para ella la vida ya no tenía ningún sentido, en su soledad ya había tomado esta respetable decisión y solamente se pudo acompañar este tránsito hacia la muerte. Lo real del organismo, desenganchado, desanudado de lo simbólico, del vínculo con la vida, no podía sostener sus funciones vitales.

Les puedo hablar de otra experiencia que en su momento me conmovió mucho. Un paciente de 60 años que padecía un cáncer en fase muy avanzada y que ya estaba en tratamiento paliativo, prácticamente ya no se podía levantar de la cama, me preguntó cuando se iba a morir, a lo que le contesté que no lo sabía. Me pidió que le retirara toda la medicación, que incluía morfina para el dolor y otros fármacos, habitualmente imprescindibles. No sabía muy bien qué hacer, pero accedí a su demanda. Yo le visitaba todos los días en su domicilio y pude comprobar como falleció tres días después, sin necesidad de medicación, despidiéndose tranquilamente de su mujer y familiares.



No hay respuestas muy convincentes desde el lado de la ciencia para poder explicar estos hechos. Y es que efectivamente el organismo y el cuerpo no son la misma cosa. En el registro de lo real del organismo no sabemos grandes cosas, aunque la ciencia trate de dar algunas explicaciones. No se trata solamente del orden en que están dispuestas las cuatro moléculas que forman el ADN, para establecer las diferencias entre lo animal y lo humano. A fin de cuentas no hay tanta diferencia entre el genoma de la mosca y del hombre, tal y como se ha conocido recientemente.

### **3.-La fibromialgia como un fenómeno psicosomático transclínico del cuerpo.-**

¿Cómo considera los fenómenos del cuerpo la Medicina?, conviene recordar que el término psicosomático fue utilizado en 1946 como concepto, por el pensador alemán, representante de la escuela vitalista H. Heinroth. Los médicos incluyeron este término como una concepción novedosa en medicina y pretendieron con ello hacer lugar a "la influencia de los factores psíquicos en la comprensión de determinadas afecciones orgánicas". El conocimiento médico ya había producido grandes progresos en el conocimiento de la neurología y la fisiología.

Hay innumerables definiciones y puntos de vista, teorías, pero en general podríamos tomar la definición del diccionario enciclopédico de Medicina, Morland, que dice sobre la psicosomática:

"que tiene síntomas corporales de origen psíquico, emocional o mental. Perteneciente a la relación existente entre mente y cuerpo."

En general se consideran enfermedades psicosomáticas un gran abanico de padecimientos corporales: el asma, las rinitis crónicas no alérgicas, las migrañas, el colon irritable, las lumbalgias crónicas, algunas enfermedades auto inmunes como el Lupus, las enfermedades inflamatorias intestinales, el colon irritable, algunos enfermedades de la piel etc...La amplitud y la masividad del fenómeno psicosomático es evidente y me atrevería a decir que casi generalizado. ¿Quién no ha presentado algunas de estas enfermedades en algún momento de su vida? o las padece de forma crónica. Es decir estamos ante un hecho de la clínica que no es marginal, aunque quizá muchos de estos pacientes no vayan a la consulta del psicoanalista. Lo cierto es que el fenómeno psicosomático no es un enigma a resolver, la gente no viene por estas cuestiones a la consulta del analista, viene por otras cosas.

Entonces, tenemos el cuerpo implicado en el registro del dolor como síntoma, y este creo que es el caso de la fibromialgia, que se podría corresponder con una estructura neurótica o incluso psicótica.



En los casos clínicos se puede constatar esta cuestión, y en la clínica hay un momento en que tiene que dilucidarse para orientar la estrategia de la cura.

En el capítulo de fenómenos del cuerpo y estructuras (Psicosis Ordinarias, pág. 103) se plantea que la neoconversión serían los fenómenos del cuerpo no histérico, propios de la psicosis y por tanto no interpretables a la manera freudiana. Se trata pues, de fenómenos que aparecen con el cuerpo como soporte, y que constituyen un síntoma para el sujeto sin que haya lesión. Esta última aclaración nos permite distinguirlos de los fenómenos llamados psicósomáticos”

#### ***4.-Isabel de R. un caso de fibromialgia, del s. XIX tratado por Freud.***

El primer nombre de síntoma en psicoanálisis es el síntoma somático, de conversión. Lacan dice en el texto de Los Escritos, en la pág. 206:

“hay enfermedades que hablan y Freud tomó la responsabilidad de hacernos entender la verdad de lo que dicen”

Su instrumento fue la palabra:

“Tratamiento psíquico quiere decir...tratamiento desde el alma –ya sea de perturbaciones anímicas o corporales- con recursos que de nuestra manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto el instrumento esencial del tratamiento anímico” (S. Freud, tratamiento psíquico, obras completas).

Me ha interesado especialmente el caso de Isabel de R, que cuando la atiende Freud padecía hacía más de dos años dolores en las piernas y dificultad para caminar. En los últimos años había fallecido el padre, su madre tuvo que someterse a una grave operación y después fallece su hermana. Freud dice que esto la apartaba del trato social y de los placeres propios de su edad. Tenía intensa fatiga y tenía que guardar reposo. Localizaba especialmente el dolor en la cara anterior del muslo derecho. El hecho de que la hiperalgesia se presentara en los muslos le daba que pensar. Freud habla aquí del reumatismo muscular crónico cuya descripción recuerda bastante a la de la fibromialgia, aunque tiene algunas particularidades:

-dolor indeterminado y “cansancio doloroso”.

-A diferencia del hipocondríaco el sujeto no da demasiados detalles sobre el mismo.



-Cuando se estimula la zona dolorosa la paciente muestra una singular expresión, más bien de placer que de dolor, grita como quien experimenta un voluptuoso cosquilleo, cierra los ojos y dobla el torso hacia atrás. “Esta expresión no podía corresponder en modo alguno al dolor que, según ella, le producía la presión ejercida sobre los músculos o la piel, sino más probablemente al contenido de los pensamientos que se ocultaban detrás de tales dolores...”

Freud prepara el terreno para iniciar el tratamiento psíquico. El historial patológico, dice Freud, que Isabel de R. relató era muy extenso y se componía de sucesos dolorosos muy diversos. Durante el tiempo en que se ocupa de los cuidados del padre se produce un fracaso de su primer amor y se rebela como en algunos momentos se dirige los más duros reproches por haber dedicado tiempo al placer con este primer amor.

En este momento Freud dice que la histeria reproduce el siguiente mecanismo: “Cada nuevo motivo psíquico de sensaciones dolorosas se había ido a enlazar con un lugar distinto de la zona dolorosa de la pierna. El lugar primitivamente doloroso del muslo derecho se refería a la asistencia prestada al padre y a partir de él había ido creciendo, por oposición y a consecuencia de nuevos traumas, el área atacada por el dolor. “

El procedimiento de Freud consistía en tratar de que la paciente enlazara por medio de la asociación las diferentes zonas dolorosas y las escenas enlazadas a esa sensación dolorosa, de esta forma iba haciendo un recorrido.

En el final del tratamiento ella reconoce que cuando su hermana fallece ella piensa “Ahora ya está libre y puede hacerme mi mujer”. Se refería a su cuñado del que había acumulado un significativo deseo.

Freud explica como actúa la defensa ante una representación intolerable y convierte el excitación psíquica en un fenómeno somático

“Para ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de su hermana creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en somático” (pág. 121). “Durante la estancia en el balneario coincidiendo con la familia y el cuñado llegaron sus amorosos deseos y simultáneamente sus dolores a su máximo desarrollo...” (pág. 127)...



Para Freud “los distintos síntomas histérico desaparecían de inmediato y definitivamente, en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante. Y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto...” (S.Freud, el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, obras completas, tomo I, pág., 43, Ed. Biblioteca nueva).

La conversión es un síntoma que se inscribe en el cuerpo como descifrable por el saber inconsciente. Lacan dice que “el analista interpreta el símbolo y he aquí que el síntoma que lo inscribe en letras de sufrimiento en la carne del sujeto se borra. (J.Lacan, Función y campo de la palabra, pág. 294, Los escritos).

Lacan plantea en el texto de las formaciones del inconsciente que en este caso el dolor se encuentra directamente articulado –un punto de goce- con el deseo.

“Les hablé de Elisabeth von R. de quien les decía que con solo leer el texto de Freud se puede formular, porque el mismo lo articula, que su dolor en la parte superior del muslo derechos es el deseo de su padre y el de su amigo de la infancia. En efecto este dolor interviene cada vez que la paciente evoca el momento en que se encontraba completamente al dolor de su padre enfermo, a la demanda de su padre, y al margen de esto, se ejercía la atracción del deseo de su amigo de la infancia, que ella se reprochaba tomar en consideración. El dolor del muslo derecho es el de sus dos cuñados, uno de los cuales, el esposo de su hermana menor, representa el buen deseo masculino, y el otro el malo –por otra parte, este último ha sido considerado por todas esas damas como un hombre muy malvado...lo que hay que comprender es que el síntoma –y esto es lo que significa conversión- el deseo es idéntico a la manifestación somática. Si ella es el anverso, el es su revés” (pág. 344, formaciones del inconsciente).

Miller realiza el siguiente comentario: “en la histeria el cuerpo está concebido para servir al deseo –también para la defensa contra el deseo, pero el asunto es que gira alrededor del deseo.” (pag.254, psicosis ordinarias”.

Nos encontramos en el momento de la primera enseñanza de Lacan, de predominio de lo simbólico, donde el síntoma es descifrable, tiene un sentido y está articulado con el deseo.

Más adelante Lacan a partir del seminario 20 establece una nueva concepción del síntoma.



Puedo decir que efectivamente, hay una clínica desde el psicoanálisis de orientación lacaniana para el dolor como síntoma corporal, para la fibromialgia en concreto, y yo mismo estoy sorprendido de la eficacia terapéutica en algunos casos clínicos.

Esta clínica es la clásica de la histeria. Pero no todos los casos son así. Podríamos pensar la fibromialgia como un fenómeno psicossomático transclínico, donde se presentarán muchos casos con síntomas no interpretables a la manera freudiana, no solamente de psicosis, también de estructuras neuróticas más complejas, más bizarras, donde el sujeto del inconsciente no aparece por ningún lado y donde es difícil operar desde una posición analítica, pero no imposible.

El cuerpo se encuentra afectado, en algunos casos de forma generalizada, siendo muy frecuentes el hipotiroidismo y otras alteraciones endocrinas, la patología digestiva, el asma, los eccemas dermatológicos etc... La fibromialgia es un síntoma que tiene de especial su resistencia a las neurociencias y la farmacología, pone a prueba la palabra, es también un síntoma contemporáneo.

*Santiago Castellanos de Marcos*



***También disponemos de estrategias cuando aplicamos el análisis de tendencias con el cuadro DE, pero para ello y aplicarlo a nivel personal, hay que hacer ese curso.***



*Santiago Castellanos nos incita a buscar la causa, no solo a aliviar el síntoma y aprender control, reforzarnos o nutrirnos de Energía.*

*Lógicamente se escapa del presente estudio, pero es una sugerencia para los asociados a grupos de fibromiálgicos. Para nosotros el dolor es una forma de incitar la búsqueda, no un castigo, y una forma de evolucionar. También un indicador personal.*

*Sin embargo, encontrar qué ha originado el dolor, más allá de las causas físicas que pudieran influir y que de momento parece no se identifican, sería tener el control sobre el inicio de todo el cuadro sintomatológico.*

*Reiki puede ayudar paulatinamente, trayendo a la conciencia qué la ha determinado. Sin embargo nos da la impresión que se trataría más de un abordaje con profesionales clínicos, y se podría complementar mejor con Reiki 2 y 3, analizando con los instrumentos de esos niveles que son más directos, y complementariamente las causas. Como decimos en esos niveles podemos hacer una búsqueda más efectiva.*

*También disponemos de estrategias cuando aplicamos el análisis de tendencias con el cuadro DE, pero para ello y aplicarlo a nivel personal, hay que hacer ese curso.*

*De momento en "Reiki 1 y elementos para la fibromialgia" , estaremos atentos a la aparición de posibles causas o factores emocionales que correlacionen con el dolor y los síntomas, que podrán surgir no ordenadamente a través de los tratamientos a través del uso de las manos y el efecto sobre la censura emocional que Reiki puede favorecer.*

Edita y distribuye:

©MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICAS SOCIALES E IGUALDAD NIPO CDRom: 860-11-211-1 ISBN: 978-84-7670-717-3 D.L.: M-44759-

2011 Imprime: DIN Impresores, S.L. Cabo Tortosa, 13-15. Pol. Ind. Borondo-28500-Arganda del Rey (Madrid) <http://publicacionesoficiales.boe.es>



## ESTUDIO 10

### Tratamiento psicológico

#### Terapia cognitivo-conductual (TCC) y conductual operante (TCO)

En 2006<sup>219</sup> se revisó la eficacia de 13 programas de TCC utilizados de forma aislada o en combinación con otros tratamientos. En la mayor parte de los estudios la TCC mejoraba varios parámetros de resultado, principalmente el comportamiento relacionado con el dolor, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento y la función física global.

En una revisión publicada en 2009<sup>220</sup> se analiza la eficacia de los tratamientos psicológicos en FM. Localizaron 14 ECCA sobre TCC y TCO. La eficacia fue variable en los diferentes estudios. En 4 ECCA no observaron efectos significativos sobre el dolor y en 3 ECCA sólo un efecto a corto plazo. Sin embargo, en 7 ECCA se producía una mejoría significativa respecto al grupo control aplicando un criterio de gran relevancia clínica: número de pacientes con una reducción de, al menos, el 50% del dolor, que se mantenía 6 a 24 meses después de finalizar el tratamiento. La variabilidad en los resultados puede depender de la experiencia y entrenamiento del terapeuta y del número y contenido de las sesiones de tratamiento, pero un factor determinante podría ser una adecuada selección de los candidatos a cada técnica<sup>221</sup>.

Una revisión sistemática y metaanálisis<sup>222</sup> concluye que la TCC puede ser considerada en la mejora de la autoeficacia en el manejo del dolor y del estado de ánimo en pacientes con FM, aunque por sí sola el efecto sobre otros síntomas (dolor, fatiga y sueño) no sería significativo. Por otra parte, la TCO sería especialmente relevante en la reducción del número de visitas médicas.

En otro reciente metaanálisis<sup>223</sup> sobre la eficacia a corto y largo plazo de diferentes tratamientos psicológicos en FM se muestra que su aplicación disminuye significativamente la percepción del dolor, los problemas de sueño, la depresión y el catastrofismo, además de mejorar el estado funcional. Los tamaños del efecto oscilaron entre pequeños y medianos a corto y largo plazo (media de seguimiento de 7,4 meses) para cualquier intervención psicológica.



Las autoras encuentran que el tipo de tratamiento aplicado y la “dosis” del mismo moderan la eficacia en algunos de los resultados.

En este sentido, de entre todos los tratamientos revisados (TCC, TCO, relajación y biofeedback, educación, “mindfulness” o atención plena y EMDR –“Eye movement desensitization and reprocessing”–) la TCC fue el más eficaz en la reducción de la intensidad del dolor a corto plazo y, junto con la relajación, en la reducción de los problemas de sueño. En el caso de la intensidad del dolor y de la depresión, el mayor número de sesiones se asoció con mejores resultados. Los tamaños del efecto obtenidos son similares a los de otros tratamientos farmacológicos.

La TCC es un abordaje terapéutico que incluye una amplia variedad de técnicas que se han mostrado eficaces para trabajar con respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y comportamentales (relajación, biofeedback, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, control de estímulos, reinterpretación sensorial, imaginación guiada, manejo de contingencias, etc.) pudiendo dar lugar, por tanto, a diferentes combinaciones de tratamiento. Buscar la mejor combinación en cada caso y siempre en función de los objetivos terapéuticos, será la primera tarea de cualquier profesional. Los principios del aprendizaje constituyen su base teórica, asumiendo, además, que la persona es un procesador activo de la información interna y externa, y que en función de ese procesamiento, más o menos automático, siente y actúa.

Desde la TCC se pretende dotar a las personas de estrategias para que puedan ejercer control sobre sus vidas, manteniendo la mayor funcionalidad posible. Para ello, y en términos generales, los programas cognitivo-conductuales incluyen una parte psicoeducativa y otra de entrenamiento en la adquisición y mejora de habilidades de afrontamiento del dolor y sus consecuencias. La parte educativa resulta sumamente importante porque sirve, entre otras cosas, para ajustar las expectativas del enfermo a su situación y posibilidades de acción, además de que resta ansiedad en el manejo del problema. En esta parte, debe quedar claro cómo se establecen relaciones funcionales entre los diferentes elementos del comportamiento de la persona con dolor y cómo esta persona puede ser motor y agente de cambio.

Respecto al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la mayoría de los programas incluyen técnicas dirigidas a la regulación de la activación fisiológica y de la tensión muscular (biofeedback y relajación, entre otras técnicas), a la normalización de la actividad, incluyendo también otras actividades como el ejercicio físico (utilizando programas de refuerzo y extinción de conductas, jerarquizando la dificultad de las actividades y utilizando contratos conductuales, entre otras



técnicas), al reconocimiento y modificación de creencias irracionales e incorporación e internalización de pensamientos adaptativos y de afrontamiento (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, entre otras) y a la incorporación de nuevas formas de manejo del problema y de relación con el medio social cercano (resolución de problemas, entrenamiento asertivo, entre otras). La intervención psicológica acaba cuando se asegura la generalización y el mantenimiento de dichas estrategias. En definitiva, la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales se basa en la incorporación y cambio de cogniciones y comportamientos que las personas y su medio social más cercano tienen ante el problema de dolor.

La TCC también es eficaz como complemento de otras intervenciones. Una revisión<sup>171</sup> localizó 6 ECCA que analizaban la eficacia de la combinación de TCC y ejercicio observando mejoría en varios parámetros de resultado. De los tres estudios que incluían seguimiento tras finalizar el tratamiento dos observaron mejoría a largo plazo en el dolor y la limitación funcional<sup>224, 225</sup>. Un ECCA reciente<sup>226</sup> analiza si añadir TCC a un tratamiento multidisciplinario (educación, medicación y ejercicio físico) mejora los resultados. Concluyen que la TCC mejora los síntomas y disminuye la limitación funcional.

Hay fuerte evidencia sobre el efecto beneficioso de la TCC sobre el control del dolor, malestar físico y el estado de ánimo en pacientes con la FM. Grado A. Hay evidencia sobre el efecto de la TCO en la reducción del número de visitas médicas. Grado A.

### *Otros tratamientos psicológicos*

La revisión antes citada<sup>220</sup> también analiza la eficacia de otras intervenciones psicológicas por sí solas. Localizaron 10 ECCA sobre métodos de relajación (entrenamiento autógeno, método de relajación de Jacobson, biofeedback). Ninguna de las técnicas de forma aislada demostró mejorías significativas sobre el grupo control. Por otra parte, técnicas con algún ensayo clínico realizado como la hipnosis (2 ECCA), la imaginería guiada (3 ECCA) y la intervención mediante escritura (2 ECCA) sí mostraron algún beneficio en algunos parámetros respecto al grupo control.

Los métodos de relajación utilizados de forma aislada con el único objetivo de controlar el dolor no han demostrado eficacia. Grado B. A pesar de algunos resultados positivos no hay todavía suficiente evidencia científica para recomendar la hipnosis, la imaginería guiada o la intervención mediante escritura.



Grado D.

## Terapias Naturales

Reiki

Un reciente ECCA de calidad<sup>239</sup>, valora la aplicación de Reiki dirigido por un maestro comparado con un programa simulado por un actor, en pacientes con FM, no obteniendo mejorías en ninguna variable clínica en ambos grupos.

No se ha demostrado la eficacia del Qi-Gong, Reiki y otras terapias naturales en el tratamiento de la FM. Grado C.

Destacamos la limitación de los tratamientos. Nosotros sí hemos verificado la eficacia en muchos pacientes de la aplicación de Reiki y el aprendizaje que proponemos en el manual de primer nivel, pero no siempre es así.

El estudio efectuado aquí intenta averiguar la diferencia entre el grupo control y el efecto placebo de un monitor falso, y el verdadero, con Reiki comprobado, y nosotros abordamos el problema desde un entrenamiento más global, al margen que no nos interesa saber si existe o no efecto placebo. Posiblemente exista en este tipo de enfermedad, en que el organismo es receptor emocional de primer orden, y para nosotros, y nuestro objetivo, que no pretende demostrar nada sobre la eficacia de Reiki, representa un factor favorable que hasta hoy jugó en el equipo contrario de nuestros alumnos y que ahora, y viceversa, pretendemos juegue un papel en el propio equipo.

Si psicomatizo dolor, puedo psicomatizar placer.



## ESTUDIO 11

Juan González Hernández\*, Francisco José Ortín Montero\* y José Antonio Bonillo\*\*  
Universidad de Murcia\* y Asociación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Villarrobledo  
y Región  
(AFIBROVI)

### INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además del dolor, otros síntomas, como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en manos, se encuentran entre las manifestaciones clínicas más comunes. Los pacientes con fibromialgia presentan con frecuencia una hipersensibilidad al dolor que se manifiesta por la aparición de una sensación dolorosa a la presión en múltiples sitios del aparato locomotor, que no se observa en los sujetos sanos. (Rivera et al, 2006). Generalmente asociada a patrones psicossomáticos, genera en quienes la padecen gran temor, desconfianza, vergüenza y culpa por el hecho de ser una enfermedad desconocida (Arriagada y Badilla, 2008).

La fibromialgia constituye un problema sanitario por su elevada prevalencia (en España, se sitúa entre el 2,1 y el 5,7% de la población general adulta), la importante afectación de la calidad de vida de los pacientes, los numerosos especialistas implicados en su diagnóstico y J. González, F.J. Ortín y J.A. Bonillo Actividad física, asistencia psicológica y niveles de ansiedad...

Cuadernos de Psicología del Deporte, 2011, Vol. 11, núm.1, pp. 59-66 61

tratamiento, las limitaciones en el conocimiento de su etiología, la inexistencia de un tratamiento estándar y la multitud de tratamientos propuestos con o sin eficacia (Alegre et al., 2010).

Según Martín (2003), la emergencia, evolución e intensidad de los síntomas tiene una importante relación con aspectos emocionales, afectivos y factores psicosociales, así como también con el desarrollo de enfermedades psicológicas tales como fobias, depresión, cuadros de estrés y ansiedad (Pagano et al., 2004).



Los pacientes, según Martínez, González y Crespo (2003), tienen características semejantes en cuanto a su personalidad y se caracterizarían por ser muy responsables, cumplidoras, irritables, exigentes y autosuficientes.

En la práctica clínica se evidencian historias biográficas fuertemente marcadas por el estrés y en muchos casos aparecen rasgos como la rigidez, el perfeccionismo, la autoexigencia, el miedo a la crítica y la dificultad para poner y ponerse límites, baja autoestima, entre otras de índole autorreferencial negativo (De Solá, 2003, en Ortiz 2006; Peñacoba, 2009).

Así pues, la investigación actual se ha dirigido a la identificación de los factores psicosociales determinantes en la adaptación a problemas de salud crónicos (Salgueiro et al., 2009). De todos ellos, las estrategias de afrontamiento y los recursos cognitivos sobre el dolor, la ansiedad y depresión (creencias de control), y sociales (apoyo social) parecen tener un importante papel en el estado de salud de los enfermos con patologías reumáticas y de dolor crónico (González et al., 2009; Nielson y Jensen, 2004).



*Juan González Hernández\*, Francisco José Ortín Montero\* y José Antonio Bonillo, dentro de nuestra selección de literatura sobre la FM, repiten los esquemas hasta el momento destacados aunque vamos a tener en cuenta esta parte: ... "Generalmente asociada a patrones psicósomáticos, genera en quienes la padecen gran temor, desconfianza, vergüenza y culpa por el hecho de ser una enfermedad desconocida", y nosotros añadimos, enfermedad poco comprendida.*

*Esto forma parte de los contenidos en los cambios de actitud del alumno y de las técnicas de autosugestión y la redacción de afirmaciones.*



## ESTUDIO 12

### EJERCICIO Y FIBROMIALGIA

C. Alegre de Miquel1  
J. García Campayo2  
M. Tomás Flórez3  
J. M. Gómez Arguelles4  
E. Blanco Tarrio5  
M. Gobbo Montoya6

Á. Pérez Martín7  
A. Martínez Salio8  
J. Vidal Fuentes9  
E. Altarriba Alberch10  
A. Gómez de la Cámara11

Los programas de ejercicios son uno de los tratamientos básicos. El ejercicio aeróbico (caminar, bicicleta) es el que ha demostrado mayor evidencia científica de eficacia. Puede mejorar la sensación global de bienestar, la función física y, probablemente, el dolor y la hiperalgesia. Se deben valorar fundamentalmente 3 opciones:

a) *Ejercicios aeróbicos*. Utilizan grandes grupos musculares involucrándolos en movimientos repetidos, con aumento de la frecuencia cardíaca pero sin superar el umbral anaeróbico (hasta 70-85% de la frecuencia cardíaca máxima para la edad). Entre ellos se incluyen ejercicios en carga (caminar, danza, etc.) y en descarga (bicicleta, natación, etc.).

b) *Ejercicios de fortalecimiento muscular*. Pretenden mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular realizando contracciones musculares contra determinadas resistencias como bandas elásticas, pesas o el propio peso del paciente.

c) *Ejercicios de estiramiento o flexibilidad*. Su objetivo es mejorar la flexibilidad muscular y de los tejidos blandos. La psicoterapia parece imprescindible en este subgrupo de pacientes que muestra distorsiones cognitivas medibles como es el catastrofismo. Algunas de las psicoterapias que se han empleado son:

a) *Cognitivo-conductual*. Aunque los estudios demuestran que la terapia cognitivo-conductual aislada utilizada en pacientes de fibromialgia en general no muestra claros beneficios sobre programas grupales de educación o ejercicio, en subgrupos específicos como éste, en los que hay gran malestar psicológico, resultaría especialmente eficaz<sup>73</sup>.



b) **Meditación.** Se demuestra que la psicoterapia basada en la meditación (una sesión semanal durante 8 semanas) es eficaz en mejorar los síntomas de depresión en estos pacientes y se considera que es especialmente útil en constructos como el catastrofismo<sup>74</sup>.



*Tomamos nota que el curso de meditación puede ser también beneficioso. Entendemos que la meditación combinada con la investigación de causas y las habilidades sugestivas y Reiki son un conjunto de procedimientos muy sólidos que permiten enfrentar la enfermedad.*

*La relajación que proponemos en este manual de Reiki 1 es la introducción a la meditación, siendo su base.*

*Para el siguiente paso, sería necesaria una formación en meditación específica.*



## ESTUDIO 13



### *Psicoanálisis aplicado a la terapéutica: Una experiencia de investigación y tratamiento de la fibromialgia*

#### *La concepción de Freud sobre el dolor*

Freud considera que el dolor consiste en una irrupción de grandes cantidades de energía, provenientes del exterior, en las neuronas de recuerdo, es decir al nivel del inconsciente.

Para Freud "la cantidad de energía externa produce la apertura de una senda y es un hecho que el dolor, a su paso, deja brechas abiertas en las neuronas de recuerdo, como un flechazo amoroso"-

Una cosa es la experiencia del pasado de un dolor provocado por un hecho traumático real y otra es su reviviscencia bajo la forma de un afecto doloroso: "En el caso de una experiencia dolorosa, la fuente es, evidentemente, la cantidad de energía que llega desde el exterior. En el caso de los afectos dolorosos, es la cantidad de energía interna liberada por la brecha ya abierta".

De esta forma, tal y como ocurre en todo afecto, un dolor vivido sería el recuerdo de un dolor antiguo: "Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos".

En ocasiones Freud define el dolor corporal comparándolo con la pulsión, de forma que la agresión externa y anormal que provoca el dolor evoca la agresión interna y normal de la pulsión. En ambos casos, el mecanismo es el del exceso de excitación: "Es probable que el dolor específicamente penoso que acompaña al dolor psíquico provenga de una ruptura parcial de la barrera de protección.



Así, las excitaciones que llegan de esta región periférica afluyen continuamente hacia el aparato psíquico central, como si se tratara de excitaciones procedentes del interior del aparato”.

De esta forma el dolor corporal puede ser considerado como un síntoma, como una satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida.

“Tomemos como ejemplo el dolor de cabeza o los dolores lumbares histéricos. El análisis nos muestra que, por la condensación o el desplazamiento, estos dolores se han vuelto una satisfacción sustitutiva para toda una serie de fantasías o de recuerdos libidinales”.

Para Freud, en el campo de las neurosis, el mecanismo que se produce es el de la conversión, de forma que al lugar de los dolores psíquicos o emocionales evitados, sobrevienen los dolores físicos. De esta forma se trataría de establecer el sentido del síntoma para que el paciente pueda hacer un trabajo con la palabra que permita liberarle del dolor corporal. Esta orientación está claramente desarrollada en el caso de la señorita Isabel de R. que publica en 1895. 20 Freud, S. “Introducción al psicoanálisis”, en Obras completas.

**1.** La fibromialgia no es una entidad homogénea tal y como sucede en la mayor parte de los padecimientos corporales o mentales. En el caso del dolor crónico la afirmación de que no existen enfermedades sino pacientes que las padecen es doblemente importante. Tal y como he tratado de mostrar a través de los casos clínicos, se trata de un padecimiento complejo, que produce una severa afectación corporal y un gran sufrimiento a las pacientes. En cualquier caso, el dolor crónico generalizado no es una enfermedad nueva. Lo novedoso es el florecimiento del síntoma, hasta el punto de que se ha convertido en un problema de salud a gran escala por los enormes gastos sanitarios que genera.

Miller dice que no hay sujeto sin síntoma y esto hasta el final de los tiempos. Cuando Miller habla del sujeto incluye el cuerpo afectado por su traumático encuentro con “la lengua”.

En la civilización actual, caracterizada por el rechazo al saber y a los ideales de la cultura y la palabra, lo que aparece es el lenguaje del cuerpo en sus diferentes modalidades. El cuerpo que está marcado por el lenguaje habla a su manera. El cuerpo es cada vez más sintomático, se expresa con sus síntomas, que habitualmente son dirigidos al médico para que le proporcione una solución.



En los historiales clínicos se puede constatar que casi siempre hay algo en la vida del sujeto que tuvo un carácter traumático y provocó una ruptura libidinal que no pudo ser asimilada. Entonces el cuerpo actúa en cortocircuito soportando el síntoma del dolor que no ha sido tramitado por la vía simbólica, de los afectos, de la angustia o del sufrimiento humano.

**2.** En la clínica de la fibromialgia es fundamental un trabajo de articulación y colaboración del psicoanálisis y la medicina. Es una realidad que la demanda de tratamiento del dolor crónico es dirigida en primer lugar al médico, el cual una vez que estudia el caso se encuentra con un límite y sin saber muy bien qué hacer.

La función del médico en este escenario es fundamental porque se trata de conducir al paciente de la orilla de lo somático a la orilla de la subjetividad. Esta operación se puede producir siempre y cuando el médico no retroceda ante la impotencia en que le coloca el saber de la ciencia y quiera ir un poco más allá, dando lugar a la escucha del sufrimiento del paciente.

Se trata de no buscar soluciones rápidas y evitar la iatrogenia que se produce generalmente ante el hecho de que desde la medicina no hay un tratamiento eficaz conocido.

El médico debe tomarse un tiempo para ubicar las coordenadas de la vida en que se ha ido produciendo la aparición del dolor. Estas coordenadas siempre se pueden encontrar si el médico no se precipita en tapar el agujero de la demanda.

Se trata de un trabajo preliminar al análisis en el que el médico se sitúa como "portero del inconsciente". En esta articulación posible el psicoanálisis le da una posibilidad de avance a la medicina. Al mismo tiempo, en esta clínica desde el psicoanálisis se hace necesario convocar la intervención del médico, dada la gran cantidad de perturbaciones corporales que se producen.

Término referido por A. Merlet en la conversación Los embrollos del cuerpo, al referirse a los efectos del discurso analítico sobre la función del médico, que nombra como "porteros del inconsciente" o "pasadores".

**3.** En la clínica de la fibromialgia nos encontramos con el problema de la estigmatización del diagnóstico, con los pacientes que tras un largo recorrido por el sistema sanitario terminan identificándose al mismo, descargándose de la responsabilidad subjetiva por el goce que soportan.



En estos casos es fundamental la clínica del diagnóstico diferencial de la estructura, discriminar en las entrevistas preliminares si los síntomas corporales se producen en el marco de la neurosis o de un sujeto psicótico. La orientación de la cura es radicalmente diferente. En el caso de la estructura psicótica el síntoma puede tener una función de anudamiento del cuerpo que no se puede conmovir sin preparar las condiciones para que otra suplencia pueda ocupar ese lugar, tal y como he planteado en el capítulo anterior.

**4.** La conveniencia del tratamiento con la palabra en los casos del dolor crónico es algo universalmente aceptado incluso por la medicina. La incorporación de los psicólogos a las unidades del dolor de los grandes hospitales es un hecho de la realidad.

La cuestión fundamental es la orientación que estos tratamientos tienen en relación a la enfermedad.

Las terapias de orientación cognitivo-conductual, que pretenden establecer su hegemonía, toman como orientación fundamental la adaptación al dolor, colocando a los pacientes en un callejón sin salida. Si la medicina no dispone de un tratamiento adecuado, entonces el psicólogo lo que debe hacer es un tratamiento para que el paciente pueda vivir con el dolor, sin preguntarse acerca de su función ni de la relación que pueda tener con los avatares de su vida.

Por otro lado, el inconsciente no es un objeto que pueda ser maniobrado desde un punto de vista técnico o científico sino que, al contrario, es un saber que escapa no sólo al discurso de la ciencia, sino también al mismo sujeto. Las técnicas y los consejos que establecen las TCC para tratar el dolor están condenadas al fracaso. Puede haber algunos pacientes que puedan presentar una mejoría momentánea por el solo hecho de que alguien les atiende o les da un lugar, pero al final retorna el síntoma si no es movilizado según la lógica con la que se opera desde el psicoanálisis. En los casos clínicos que se han mostrado, se puede verificar que la experiencia dolorosa puede ser modificada por un tratamiento psicoanalítico con la palabra. Esto no se contrapone a que sean utilizadas otras herramientas. Por tratarse de una afectación corporal en la que aparecen los fenómenos psicósomáticos es necesaria la intervención del médico y el tratamiento farmacológico.

Es posible una salida distinta a la de la adaptación al dolor.

Es la apuesta clínica desde el psicoanálisis de orientación lacaniana.



En el caso de las coordenadas de la neurosis se trata de que el paciente pueda hacer un recorrido a través de la simbolización que le permita un tratamiento del goce y salir de la petrificación del cuerpo fijado al dolor crónico, que generalmente le aparta del movimiento de la vida. Se trata de producir una modificación en el registro del goce para que el sujeto pueda establecer otro tipo de vínculos, encontrar su lugar en el mundo, aunque sea a la manera neurótica, y se produzca una cierta pacificación del goce del cuerpo.

5. Junto al mundo que funciona según las leyes de la ciencia nos encontramos con “lo que no anda”, que es lo que Lacan llamó lo real. El padecimiento de la fibromialgia lo podemos considerar como aquello que “no anda” para la ciencia. El psicoanálisis reserva un lugar a eso que “no anda” y ésa es la “razón del psicoanálisis”.

En 1975 Lacan aclaró cuál era el tipo de racionalidad constitutiva del psicoanálisis y de la práctica psicoanalítica: “Lo real es lo que no anda. El mundo marcha, gira en redondo, es su función de mundo. Para percibir que no hay mundo (...) basta destacar que hay cosas que hacen que el mundo sea inmundo, si me permiten expresarme de este modo. De esto se ocupan los analistas (...) sólo se ocupan de eso. Están forzados a sufrirlo, es decir, a poner pecho todo el tiempo, para ellos es necesario que estén extremadamente acorazados contra la angustia”. En el mundo de hoy en que el discurso del psicoanálisis se cuestiona por obsoleto y anticuado este trabajo de investigación ha tratado de dar testimonio de la razón de su existencia, aquella que opera por los desfiladeros en que la ciencia fracasa. “Lo que no anda” es un operador fundamental para la experiencia del psicoanálisis de orientación lacaniana.



*En nuestro programa de formación, hemos tomado nota que es fundamental que el paciente aprenda asertividad de nuevo, mejorando la expresión de lo que necesita y siente, y aprender a poner palabras al dolor. Los aspectos más técnicos sobre lo que en análisis se llama conversión o desplazamiento del síntoma, nos lleva de nuevo al concepto de somatización. Para el programa de cambio de actitudes, abordaremos poner atención en que el paciente se aleje del beneficio secundario de la enfermedad y, como ya hemos dicho anteriormente, evitar la correlación y asociación emoción-dolor.*



## ESTUDIO 14

**Gracia Blanco M., Marcó Arbonès, M., Ruiz Martín, J;**

**Departamento de Psicología Facultad de Ciencias de la Educación Universitat de Girona (España) Plaza Sant Domènec, 9 17017 Girona**

A diferencia de la artritis, en el cuadro fibromiálgico no hay signos histológicos de inflamación y no se ven afectadas directamente las articulaciones del cuerpo (10). Este ha sido el principal motivo, por el que diferentes investigadores han hecho énfasis en el papel que juegan los aspectos psicopatológicos en el estudio de la fibromiálgia (11). En general, la severidad de la sintomatología fibromiálgica puede variar de un día a otro, afectando diferentes partes del cuerpo. En algunos casos el dolor puede ser muy severo e incluso incapacitante (12), mientras que en otros sólo ocasiona un leve malestar. Del mismo modo, la fatiga o cansancio generalizado que se presenta asociada a la fibromiálgia, puede ir de un ligero cansancio hasta la fatiga total. También se asocia con frecuencia a cefaleas, colon irritable (13), fenómeno de Raynaud (sensibilidad al frío, sobretodo en los dedos de las manos) parestesias (entumecimiento u hormigueo que se manifiesta principalmente en las extremidades), poca tolerancia al ejercicio físico, sensación subjetiva de hinchazón, alteración de la circulación periférica en función de los factores ambientales, dermografismo o cambio del color de la piel al rascarse, síndrome premenstrual, síndrome uretral femenino y alteraciones de tipo emocional (14) y de tipo cognitivo. En consecuencia, el cuadro puede verse agravado por los esfuerzos físicos, la fatiga, el frío, la humedad, el estrés, los cambios climáticos, determinadas posturas mantenidas durante largo tiempo, tanto en el trabajo como en las tareas domésticas. Los pacientes con fibromiálgia suelen quejarse de dificultad para concentrarse, "lentitud mental", lapsos de memoria, confusión al hablar o escribir, torpeza o tendencia a dejar caer cosas, unos síntomas que tienden a cambiar de un día para otro (15). El tratamiento es sintomático y las respuestas varían mucho de un paciente a otro....

.....

Por otra parte, numerosos trabajos han constatado que el apoyo psicológico es esencial para ayudar a los pacientes a controlar toda la gama de síntomas que presenta el cuadro, y para hacer los cambios necesarios en su comportamiento y estilo de vida (33, 34). Dicho apoyo puede conseguirse mediante terapia de grupo o con una asistencia psicológica individualizada.



En este último caso, se han utilizado con resultados positivos técnicas cognitivo-conductual, que van desde estrategias de afrontamiento (34,35), control del estrés (p.e. desensibilización sistemática, relajación autógena) hasta el entrenamiento en técnicas de biofeedback electromiográfico (36).

Es cierto que las personas con problemas de dolor crónico también sufren depresión, aproximadamente un 50% de estos pacientes muestran niveles significativos de depresión (Miró y Raich, 1990). A lo que parece, lo que realmente influye en la aparición del problema es la percepción de los pacientes sobre el impacto negativo del dolor en sus vidas, por la disminución de la actividad y de los refuerzos conseguidos, y por la disminución percibida de su capacidad de autocontrol, del sentimiento de autoestima y de la habilidad para influir en los problemas. Parece que, en efecto, las variables cognitivas ejercen un papel mediacional importante, en el desarrollo de los problemas depresivos en los pacientes con dolor crónico. Señalan, también, que el dolor impacta en la vida de los pacientes de forma diferente según la edad. Sus investigaciones indican que la relación entre dolor y depresión es mayor entre los pacientes de más edad. Muy a menudo coexisten el dolor crónico y la depresión, no debería sorprender, pues, que un grupo significativo de pacientes experimenten mejoras al ser tratados con antidepresivos, sin que por ello debamos concluir que el dolor crónico es una depresión enmascarada.

En el trabajo "Fibromialgia y Emociones Negativas" (Pérez-Pareja, Borrás, Palmer, Sesé, Molina y Gonzalvo, 2004), se señala que la depresión puede preceder o acompañar a la Fibromialgia aunque no constituye un factor implicado en la etiología del síndrome. Por el contrario, los datos sugieren que la existencia de relación entre Fibromialgia y depresión pudiera tratarse de una cuestión de comorbilidad, o bien el estado de ánimo deprimido pudiera ser una consecuencia del padecimiento de Fibromialgia.

Nuevamente podemos comprobar cómo "mejorar el estado de ánimo" sería la principal labor de la terapia psicológica en el tratamiento de pacientes con Fibromialgia

La hipnosis como medio para combatir el dolor se encuentra entre los recursos más antiguos. A principios del S. XIX se aplicaba con cierto éxito como analgesia durante intervenciones quirúrgicas. Barber por ejemplo la considera un estado alterado de la conciencia existiendo diferentes procedimientos para controlar el dolor mediante la hipnosis y que Barber (1986) ha resumido como sigue:

1.- Anestesia. Las sugerencias hipnóticas pueden evocar alucinaciones de anestesia y provocar insensibilidad en la zona corporal escogida.



2.- Disminución de las sensaciones.- Consiste en sugerir que la intensidad está cambiando o disminuyendo de forma gradual.

3.- Sustitución sensorial.- Se trata de sustituir la sensación de dolor por otra diferente más tolerable.

4.- Desplazamiento.- Implica el desplazar el dolor de una zona del cuerpo a otra menos molesta para el paciente. El objetivo de esta estrategia es pues, conseguir que el dolor se convierta en un acontecimiento menos invalidante y amenazador, más soportable.

5.- Disociación.- Con esta estrategia se pretende que si bien el paciente sigue percibiendo el dolor, éste ya no causa tanto sufrimiento. A través de estas sugerencias, el paciente es capaz de describir el dolor, incluso con gran precisión, aunque sin ningún sustrato afectivo, lo hace "desde la distancia", es decir, se sigue percibiendo el dolor pero no se sufre y tampoco preocupa.

Todos los miembros del grupo sometidos a hipnosis mejoraron tanto en sus niveles de ansiedad como en su control de la ira.

El resultado logrado es menor que el primero de terapia combinada pero permite "recuperar" a pacientes que habrían abandonado el tratamiento por falta de resultados. El uso de la sugestión hipnótica como instrumento de bloqueo del dolor se muestra mucho más rápido en cuanto a los resultados que el tratamiento combinado.



*Estudio que nos refuerza en nuestros planteamientos sobre la sugestión.*



## Epílogo de Prado Mingo

*Mi nombre es Prado y formé parte de la Asociación AGT Gokai de terapeutas.*

*Desde la temprana edad de 19 años, comencé a sufrir fuertes dolores indescriptibles acompañados de agotamiento físico y cansancio. Mi periplo por médicos y especialistas duró, aproximadamente, 10 años, hasta que me diagnosticaron la enfermedad. Por fin, daban un nombre a lo que estaba vivenciando. Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.*

*Comencé a sentir una inquietud interna por temas de terapias naturales y me formé como Monitora de Relajación y Desarrollo Personal y Maestra de Reiki.*

*Tuve la suerte de conocer a uno de los mejores terapeutas conocidos que vive en Barcelona y con el que mantengo contacto desde el año 2008. Con él, colaboré desde entonces en muchas áreas, incluso en los Congresos Nacionales de Reiki, hasta diciembre del 2012.*

*Desde finales del 2009 y tras ser tratada por él, pude experimentar la positiva influencia de sus propuestas. Es por ello, que es mi intención y el de la Asociación, el expandir lo aprendido y mi propia vocación.*

*Ricard Montero Costa, es uno de los mejores maestros de Reiki conocidos en España. Formado en Psicología y Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona.*

*Sus estudios de Psicología le aportaron conocimientos que después completó en Psicodinámica y Psicoanálisis. Sistema que practica desde su despacho con gran éxito, en combinación con sistemas energéticos, relajación, meditación y su método de investigación de la tendencia.*



*Aunque, participa activamente en el mundo empresarial, realiza como labor social y vocacional, terapia y formación para aumentar los recursos de sus pacientes, que se ha convertido en ampliamente conocida en el mundo de las terapias y sectores alternativos, a través de sus sesiones de psicología con un precio reducido para personas que no puedan pagar mayor cantidad y sesiones on-line para aquellos que no se pueden desplazar.*

*Todo ello le hace distinguir y ser reconocido en muchos sectores de esta sociedad.*

*Las sesiones a distancia, por medios electrónicos, como chat en vivo con cam, o medios similares, así como las sesiones por análisis de textos, han tenido gran difusión y han servido de apoyo a personas que siguen su formación.*

*Realiza conferencias, como así sucedió en el II Congreso Nacional de Reiki y talleres de autoestima, Reiki, Reiki para niños, control mental, respiración, meditación, stress, fibromialgia, organización personal, iniciación al psicoanálisis, método tamashido, técnicas para eliminar el insomnio o la búsqueda de la tendencia a nuestro alrededor. Es llamado como contertulio y colaborador de radio en programas de emisión radiofónica.*

*Por otro lado, ha desarrollado manuales didácticos para monitores.*

*Ha formado a cientos de alumnos y terapeutas, llegando su nombre a pasar fronteras. Entre sus alumnos se encuentran personas provenientes de Suiza, Italia, Francia, Austria, Chile y España.*

*En el 2012 se ha empezado una labor desde la Asociación AGT Gokai de terapeutas ,destinada a aumentar la colaboración con Asociaciones de Fibromialgia de manera organizada.*

*Como él siempre insiste: "Trabajemos por nuestra Felicidad y no nos distraigamos".*

*Si queréis poneros en contacto con él, para cualquier consulta o duda, podéis hacerlo en el número de teléfono: 616.33.58.74, o bien, su correo electrónico: [sissoassociats@gmail.com](mailto:sissoassociats@gmail.com).*