

## CARTAS AL DIRECTOR

- Oteo J, Alós JI, Gómez-Garces JL. Sensibilidad *in vitro* actual de los patógenos respiratorios bacterianos más frecuentes: implicaciones clínicas. *Med Clin (Barc)* 2001;116:541-9.
- Douglas C, McCrory MD. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *MHSc AHRQ Publication n.º 01-E003*, marzo 2001.
- Grossman RF. Use of guidelines and risk stratification in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Sem Respir Crit Care Med* 2000;21:113-22.
- Grossman R, Mukherjee J, Vaughan D, Eastwood C, Cook R, LaForge J, et al, for The Canadian Ciprofloxacin Health Economic Study Group. A 1-year community-based health economic study of ciprofloxacin vs usual antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis. *Chest* 1998;113:131-41.

### Culpabilidad y fibromialgia

**Sr. Director:** Hemos leído con interés el artículo de reflexión sobre la fibromialgia, de Sedó y Ancochea<sup>1</sup>, publicado recientemente en su Revista. Creemos que los autores han realizado un encomiable trabajo de síntesis para conseguir transmitir los conceptos básicos que rodean a este enigmático síndrome, y por ello les felicitamos; aunque quisiéramos realizar una breve matización a sus conclusiones.

Hemos comprobado cómo últimamente un importante número de pacientes diagnosticados de fibromialgia son remitidos a nuestra consulta de psiquiatría, tanto desde atención primaria como desde otras especialidades (reumatología, traumatología o neurología). Esto no es de extrañar si consideramos, en primer lugar, que el insomnio y los trastornos del sueño son síntomas cardinales de la enfermedad, tanto por su asociación a otra sintomatología, especialmente el dolor, como a una posible alteración orgánica de los ritmos del sueño<sup>2</sup>. Para estos trastornos del sueño han demostrado tener eficacia los antidepressivos tricíclicos, la trazodona, la zopiclona y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina<sup>2</sup>. Pero, además de los trastornos del ritmo del sueño, son altamente prevalentes otros trastornos psíquicos, tanto de la esfera afectiva como de ansiedad. En estudios multicéntricos aparecen síntomas de depresión mayor entre el 22 y el

68% de los pacientes afectados de fibromialgia, ataques de angustia y ansiedad hasta en el 16% y fobias simples entre el 12 y el 16% de los mismos<sup>3</sup>. Tampoco parece tan claro, como ocurre con las alteraciones del sueño, si estos trastornos psíquicos son secundarios a los síntomas predominantes de la fibromialgia<sup>4</sup> o bien son síntomas primarios del propio síndrome de fibromialgia, independientes del resto de la sintomatología<sup>5</sup>.

En cualquier caso nosotros pensamos, coincidiendo con otros autores<sup>6</sup>, que dado que el origen y la patofisiología de la fibromialgia son todavía desconocidos, lo fundamental radicaré en abordar la sintomatología psiquiátrica, puesto que ésta es potencialmente tratable.

Los autores plantean como conclusión a su reflexión que «conviene convencer al paciente de que el protagonismo de la posible mejoría radica mucho en él mismo y no tanto en los fármacos y ayudas procedentes del exterior». Creemos que este comentario, sin duda dirigido por los autores hacia una correcta elaboración de lo que denominamos conducta de enfermedad, puede inducir a depositar demasiada responsabilidad en un paciente, de por sí culpabilizado por la presentación de un síndrome poco claro y desconocido; unido a la propia culpabilidad asociada a los cuadros depresivos tan frecuentes en esta dolencia. Nosotros ya hemos incidido en la importancia de asumir el compromiso en el seguimiento de otros pacientes que padecen síndromes emparentados con la fibromialgia, como es el caso del síndrome de fatiga crónica<sup>7</sup>. Por ello consideramos oportuno matizar que, aunque el paciente desempeña un papel fundamental en el devenir de la enfermedad, no debemos caer en la tentación de hacerle máximo responsable de su propia evolución, puesto que esto podría aumentar su sentimiento de culpabilidad al no alcanzar una determinada mejoría sumiendo al paciente en una mayor incertidumbre e inestabilidad psíquica. Más bien pensamos que nosotros, los médicos (de familia, psiquiatras, reumatólogos, etc.), debemos asumir ese protagonismo como responsables del acompañamiento de estos enfermos en su largo padecer; al mismo tiempo que nos sumamos al resto de

comentarios realizados por Sedó y Ancochea en su interesante reflexión sobre este tema<sup>1</sup>.

**F.J. Olivera Pueyo<sup>a</sup>  
y C. Maza Rodríguez<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Médico especialista en Psiquiatría. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Doctor en Medicina. Unidad de Salud Mental de Monzón. Hospital de Barbastro. (Huesca). <sup>b</sup>Médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Médico especialista en Medicina del Deporte. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

- Sedó Fortuny R, Ancochea Millet J. Una reflexión sobre la fibromialgia. *Aten Primaria* 2002;29:562-4.
- Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci* 1998;315:367-76.
- Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999;40:57-63.
- Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martín MY, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum* 1996;39:436-45.
- Okifuji A, Turk DC, Sherman JJ. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? *J Rheumatol* 2000;27:212-9.
- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis. *Psychosom Med* 1997;59:565-71.
- Olivera Pueyo FJ, Isanta Pomar C, Marco Orea S, Lafita Bailo P, Rodríguez Torrente M, Alcober Pérez C. Fatiga crónica ¿o incompreensión permanente? *Dimes Hum* 1998;2:61-5.

### Respuesta de los autores

**Sr. Director:** Dado que las consideraciones de nuestros compañeros psiquiatras nos parecen muy oportunas, nos sentimos obli-

**Palabras clave:** Fibromialgia. Psicopatología. Dolor crónico.

gados a volver sobre el tema aportando nuevos matices.

Nuestra afirmación, en el sentido de que es mucho lo que el paciente con fibromialgia (FM) debe hacer y menos lo que le cabe esperar de la ayuda exterior, se refiere especialmente a aquella situación en que ya se han agotado todos los recursos médicos (explicaciones, antidepresivos, inductores del sueño, analgésicos, ansiolíticos, etc.) y el paciente sigue con el mismo dolor. En nuestra experiencia hemos observado que los pacientes con FM ansiosos y/o deprimidos pueden mejorar de su estado ansioso o de su trastorno afectivo sin que mejore el dolor. Algunos incluso empeoran, y no faltan quienes hacen hincapié en este extremo como si quisieran, consciente o inconscientemente, que quedara bien claro que su dolor no tiene nada que ver con «los nervios». Y en esto estamos de acuerdo, aunque sólo sea parcialmente; parcialmente porque nada ocurre en el organismo que no tenga que ver con «los nervios», pero sí en el sentido de que el dolor de la FM obedece a causas que van más allá de la psicopatología. En esta línea planteamos, dentro de lo opinable, que si un supuesto paciente

fibromiálgico con ansiedad y/o depresión mejora notablemente y a la vez de su dolor y de su psicopatología, habrá que revisar el diagnóstico porque es probable que no sea un paciente con FM.

¿Qué hacer, pues, al llegar a este punto en que ya hemos tratado no sólo la psicopatología, sino también los frecuentes síndromes somáticos funcionales que coexisten, y sigue el dolor? Consideramos que lo que hay que hacer es ayudar al paciente a que se adapte a su condición de enfermo crónico, y es indudable que en este esfuerzo de adaptación el principal protagonista va a ser él. Ya no se trata de esperar pasivamente el resultado de los medicamentos y de las visitas médicas, sino de involucrarse en estrategias y conductas dirigidas a conseguir la mejor calidad de vida posible.

En esta tarea el médico debe estar al lado del paciente, porque a él le corresponde la misión de detectar y señalar aquellas conductas que sabemos que refuerzan el dolor crónico, tales como el exceso o el defecto de ejercicio físico, el abuso de analgésicos, las quejas exageradas, el mal cumplimiento de los programas de ejercicios, la búsqueda inconsciente de beneficios secundarios, etc.

Por tanto, nada más lejos de nuestro ánimo que invitar a los médicos a que abandonen al paciente con FM con el pretexto de que no hay nada que hacer o de que lo tiene que hacer todo él. Tampoco hay que fiarlo todo al proceso de adaptación, descuidando los aspectos mejorables, como pueden ser la calidad del sueño o los estados ansiosodepresivos coexistentes.

Si el paciente siente que el médico está a su lado, que no lo rechaza y que lo anima hacia el esfuerzo personal en el momento adecuado, no es fácil que por ello se sienta más culpable.

Agradecemos mucho a nuestros compañeros sus observaciones, porque nos han permitido aclarar puntos de nuestro trabajo que quedaban un tanto ambiguos, dando vida al debate y abriendo paso, con ello, a nuevas reflexiones.

**R. Sedó Fortuny<sup>a</sup>  
y J. Ancochea Millet<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Médico adjunto del Servicio de Medicina Interna. Sección Psicopatología. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. España. <sup>b</sup>Médico internista. Coordinador del Área de Salud del Maresme. España.