



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**“PROPUESTA DE ATENCIÓN CON ABORDAJE PSICOLÓGICO
PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE
FIBROMIALGIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD
DE CHICLAYO”**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR

Bach. JOSÉ ENRIQUE KOO CHANG

ASESOR

Mg. YOLANDA CASTRO YOSHIDA

CHICLAYO – PERÚ

2017



UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“PROPUESTA DE ATENCIÓN CON ABORDAJE PSICOLÓGICO
PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE
FIBROMIALGIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD
DE CHICLAYO”**

AUTOR

Bach. JOSÉ ENRIQUE KOO CHANG

CHICLAYO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi padre Enrique Koo Mau, quien con su ejemplo y su formación ancestral oriental dejaron una huella imperecedera en mi manera de pensar y actuar.

A mi madre Irma Chang vda. de Koo, le debo la constancia y el encontrar siempre soluciones en todos los momentos de la vida.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi especial agradecimiento al Dr. Juan Carlos Callejas Torres por su permanente guía más allá del deber.

Lic. Enrique Koo Chang

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	V
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	4
II. OBJETIVOS	6
2.1. General	6
2.2. Específicos	6
III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
IV. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	9
V. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
5.1. Marco Teórico	10
5-1.2. Bases teórico científicas	21
5.2. Marco Conceptual	38
VI. METODOLOGÍA	41
6.1. Hipótesis	41
6.2. Variables	41
6.3. Metodología	43
6.4. Población y muestra	44
6.5. Método de investigación	45
6.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
6.7. Método de análisis de datos	46
VII. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	50
7.1. Descripción	50
7.2. Discusión	51
7.3 Construcción del aporte práctico	52
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
IX. MATERIALES DE REFERENCIA	84
Anexos	89

RESUMEN

Uno de los conceptos más generalizados sobre el Síndrome de Fibromialgia (SFM) fue que se trata de una afección crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, estos dolores suelen coexistir con otros síntomas, principalmente fatiga y problemas de sueño.

El objetivo general fue elaborar una propuesta de atención con abordaje psicológico para pacientes, sustentada en la dinámica del proceso que tenga en cuenta el diagnóstico de reumatología con el psicológico para un adecuado tratamiento integrado de síndrome de fibromialgia en un hospital público de la ciudad de Chiclayo.

En la presente investigación se aplicó un tipo de estudio descriptivo – propositivo. La población fueron los pacientes diagnosticados en reumatología con el SFM y presentan trastornos psicológicos tales como la ansiedad y depresión, se realizó el estudio de los pacientes derivados de reumatología a psicología. Se realizaron entrevistas al personal de reumatología y psicología para saber cuál es el procedimiento actual que se aplica a pacientes con el SFM. Se estudiaron los documentos y estadísticas sobre los casos de atención precedentes a pacientes con SFM.

Las conclusiones fueron que se propone un modelo de atención bio-psico-social mediante abordajes diversos rehabilitadores. El proceso se fundamentó en una evaluación multidisciplinaria; diariamente, conforme a los registros del área de reumatología del hospital público, ingresan a consulta un promedio de 3 pacientes mensuales con síntomas de fibromialgia; la estrategia de atención con abordaje psicológico a pacientes con síndrome de fibromialgia, se estructuró en 6 etapas, a saber: Introducción - fundamentación, diagnóstico, planteamiento del objetivo general, planeación estratégica, instrumentación y evaluación.

Palabras Clave: Síndrome de Fibromialgia, Reumatología, Psicología y Pacientes.

ABSTRACT

One of the most generalized concepts about Fibromyalgia Syndrome (FMS) was that it is a chronic condition of unknown etiology, characterized by the presence of chronic generalized skeletal muscle pain, these pains usually coexist with other symptoms, mainly fatigue and dream.

The general objective was to develop a proposal of care with a psychological approach for patients, based on the dynamics of the process that takes into account the diagnosis of rheumatology with the psychological for an appropriate integrated treatment of fibromyalgia syndrome in a public hospital in the city of Chiclayo.

In the present investigation a descriptive - purpose study was applied. The population were patients diagnosed in rheumatology with FMS and present psychological disorders such as anxiety and depression, we conducted the study of patients derived from rheumatology to psychology. Interviews were conducted with rheumatology and psychology staff to find out what the current procedure is for patients with FMS. We studied the documents and statistics on previous care cases in patients with FMS.

The conclusions were that a bio-psycho-social care model is proposed through different rehabilitation approaches. The process was based on a multidisciplinary evaluation; Daily, according to the records of the rheumatology area of the public hospital, an average of 3 monthly patients with symptoms of fibromyalgia are admitted to the clinic; The strategy of care with a psychological approach to patients with fibromyalgia syndrome was structured in 6 stages, namely: Introduction - foundation, diagnosis, general objective approach, strategic planning, instrumentation and evaluation.

Keywords: Fibromyalgia Syndrome, Rheumatology, Psychology and Patients.

INTRODUCCIÓN

La FM afecta fundamentalmente mujeres entre 30 a 50 años de edad y en EEUU se estima que la prevalencia en población adulta es del 2%; en el Perú, no existen estudios epidemiológicos, sin embargo, un estudio realizado en población urbano marginal de Lima, Perú, reportó una prevalencia del 10%.

El problema comprende, en el hospital público, la inadecuada coordinación entre el área de reumatología y psicología limita el tratamiento integral del SFM.

El objetivo general, establecer la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes diagnosticados con SFM en un hospital público de la ciudad de Chiclayo, a fin de elaborar una propuesta de atención con abordaje psicológico para pacientes, sustentada en la dinámica del proceso que tenga en cuenta el diagnóstico de reumatología con el psicológico para un adecuado tratamiento integrado de síndrome de fibromialgia en un hospital público de la ciudad de Chiclayo.

Los objetivos específicos, caracterizar epistemológicamente el proceso de atención integral y su dinámica; diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso de atención a pacientes con síndrome de fibromialgia y elaborar la estrategia de atención con abordaje psicológico a pacientes con síndrome de fibromialgia.

La investigación estuvo dividida en los siguientes capítulos: Capítulo I: Introducción, que contiene el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, antecedentes, objetivos y marco teórico. Capítulo II: Marco Metodológico, que

contiene hipótesis, variables, metodología, población y muestra, medido de investigación, técnicas e instrumentos de recolección de datos y método de análisis de datos. Capítulo III: Resultados, que contiene resultado de ratios aplicados y la discusión de los resultados. Capítulo IV: Conclusiones, aquí se detallan las conclusiones dadas de acuerdo al logro de los objetivos planteados en la investigación realizada. Capítulo V: Recomendaciones. Capítulo VI: Sugerencias. Capítulo VII: Referencias Bibliográficas. Capítulo VIII: Anexos.

Lic. Enrique Koo Chang

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Uno de los conceptos más generalizados sobre el Síndrome de Fibromialgia (SFM) es que se trata de una afección crónica de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado, estos dolores suelen coexistir con otros síntomas, principalmente fatiga y problemas de sueño.

Asimismo, se suele presentar: ansiedad, depresión, parestesias, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, y hasta problemas de concentración y memoria.

La FM afecta fundamentalmente mujeres entre 30 a 50 años de edad y en EEUU se estima que la prevalencia en población adulta es del 2%; en el Perú, no existen estudios epidemiológicos, sin embargo, un estudio realizado en población urbano marginal de Lima reportó una prevalencia del 10%. En un estudio efectuado por el Centro de Diagnóstico de Enfermedades Reumáticas, de Lima, Perú, 2010, se establece que el síndrome de fibromialgia representa una patología que afecta alrededor de 1% a 3% de la población mundial; es una causa común de dolor musculoesquelético crónico en la práctica clínica diaria (Berrocal-Kasay, 2014).

Adicionalmente, existe el reconocimiento en los últimos años del importante impacto que ejerce la fibromialgia en el paciente, en su familia y en los sistemas de salud; por ello, existe un creciente interés en el estudio de este síndrome.

Berrocal-Kasay (2014) confirma que la fibromialgia es definida como una forma

de reumatismo extra articular generalizado y que clínicamente se caracteriza por dolor musculo esquelético crónico, asociado con alteraciones del patrón normal del sueño, fatiga y alteraciones psicológicas o de personalidad.

Establece también que al igual que en otras formas de reumatismo extra articular, las pruebas de laboratorio -incluyendo los reactantes de fase aguda y los exámenes radiológicos se encuentran dentro de límites normales. Por ello, concluye que la etiología del SFM aún no está bien definida; pero, la sensibilización central parece tener un papel principal en el desarrollo de esta entidad.

Berrocal-Kasay (2014) también propone factores de naturaleza periférica, alteraciones en neurotransmisores, cambios en aminas vasoactivas y alteraciones psicológicas.

El avance en la comprensión de los mecanismos etiológicos de la fibromialgia está permitiendo desarrollar modelos teóricos más completos que consideran múltiples factores y que empiezan a dar cuenta de la clínica y los hallazgos fisiopatológicos en éste y otros síndromes con características comunes, como el síndrome de fatiga crónica (Prados y Miró, 2012).

Los factores desencadenantes del dolor crónico generalizado son desconocidas, pero el SFM parece ser una vía final común para una gran cantidad de condiciones, o combinaciones de ellos, que van desde la psicosocial, shocks traumáticos personales o familiares, a la mecánica y la biológica. Trastornos del sueño, ansiedad, depresión, somatización o rasgos de personalidad pueden predisponer a algunos pacientes con SFM con el desarrollo o mantenimiento del síndrome.

Aunque las causas del síndrome de fibromialgia no están todavía claras, diversas investigaciones han mostrado que los síntomas presentes en esta enfermedad, como el dolor, la hipersensibilidad a la estimulación

externa, la fatiga, los problemas del sueño o el bajo estado de ánimo pueden asociarse a alteraciones en el sistema neuroendocrino e inmunológico (Prados y Miró, 2012).

De forma mayoritaria las investigaciones conducen a formular que el SFM es una condición de origen cerebral y no una enfermedad del sistema nervioso periférico, descubriéndose cada vez más anormalidades neuroquímicas a distintos niveles cerebrales.

En el tema del presente estudio, diariamente, conforme a los registros del área de reumatología del hospital público, ingresan a consulta un promedio de 3 pacientes mensuales con síntomas de SFM. Este hospital cuenta con 232 camas y ocupa un área de instalaciones de 16,145.50 m² y área construida mayor a los 10,000 m². Cuenta con diversas especialidades entre ellas la de reumatología y psicología que son las que interesan en este estudio. De los pacientes que ingresan a reumatología, con probable SFM, algunos son derivados al área de psiquiatría o psicología.

Según lo manifestado por la médica jefe del área de reumatología del mismo hospital, la mayor parte de los pacientes son derivados a dichas áreas, mayormente a psicología.

Asimismo, mencionó que cuando se derivan a los pacientes a psicología o psiquiatría, varios de ellos manifiestan que no desean acudir por cuanto no se consideran con trastornos psicológicos o mentales.

En una entrevista con la psicóloga jefe del departamento de psicología, manifestó que son muy escasos los pacientes que llegan a su área diagnosticados preliminarmente con fibromialgia. Es decir, por algún motivo, no están llegando a psicología los pacientes de reumatología con síntomas de este síndrome.

Tanto por parte de los pacientes como por el área de reumatología, se da menor importancia a los trastornos psicológicos incidiéndose más en los dolores musculares. En la actualidad no se establece en los pacientes el grado de relación entre los trastornos psicológicos y el SFM.

1.2 Formulación del problema

Actualmente, en el hospital público, la inadecuada coordinación entre el área de reumatología y psicología limita el tratamiento integral del SFM.

En las posibles causas que originan el problema se aprecia limitaciones prácticas en el proceso de atención con abordaje psicológico a pacientes con SFM específicamente en la dinámica del proceso de atención a pacientes con SFM. De la misma manera, no se hace una explicación integral al paciente, que puede tener actitudes negativas y falta de predisposición a ser tratado con un proceso integral de atención.

Asimismo, no existe una orientación metodológica relacionada con el área de psicología en el proceso de atención integral a pacientes con SFM. Falta integración del área de reumatología con el área de psicología en el proceso integral de atención a pacientes con SFM.

De este análisis causal podemos determinar el objeto de la investigación como el proceso de atención integral con abordaje psicológico.

La fibromialgia es una de las patologías más características de dolor crónico. El entendimiento y el desarrollo en la atención de los pacientes con dolor crónico, que ocurre en diversos síndromes, se han caracterizado por el conocimiento de la interacción entre el proceso biológico y los factores psicológicos y sociales.

Se hace necesario comprender mejor las terapias del dolor, las implicancias del desarrollo de la discapacidad asociada, a fin de abordar mucho mejor el

tratamiento. Esto ha permitido la puesta en marcha en los países desarrollados de un modelo de atención bio-psico-social mediante abordajes multidisciplinarios rehabilitadores, que se ha mostrado en diversos estudios y meta-análisis como el procedimiento más eficiente en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, sin dejar de lado la eficacia de otras terapias más simples.

En la prospección realizada sobre el objeto de estudio no existe un tratamiento definitivo para el SFM y comúnmente a escala mundial se siguen directrices generales aisladas conducentes a disminuir los síntomas físicos tales como el dolor y la fatiga crónica para mejorar la funcionalidad corporal y la mejor calidad de vida desde el punto de vista físico.

Sin embargo, el bienestar psicológico suele tener menor importancia haciendo un tratamiento aislado, que resulta menos eficaz.

Si se trataran de manera conjunta los trastornos psicológicos, tales como la depresión, ansiedad, trastornos de sueño y otros, la oportunidad de afrontar la enfermedad será mucho mejor.

Las terapias psicológicas que han demostrado su eficacia lo han hecho sobre trastornos concretos. Debe contemplar objetivos terapéuticos claros y bien definidos, de acuerdo a las necesidades del paciente y a la teoría de la que se parte. Se ha de diferenciar claramente aquello que constituye el objetivo y aquello que es el medio para conseguirlo (Gaviño, 2004).

Del análisis realizado al objeto de la investigación se aprecia que no existen referentes teóricos y/o prácticos actualizados que determinen la asociación de la ansiedad, depresión y trastorno del sueño con pacientes con el SFM. No se viene aplicando el abordaje psicológico para los pacientes diagnosticados con SFM en el hospital público.

CAPITULO II. OBJETIVOS

2.1 General

Elaborar una propuesta de atención con abordaje psicológico para pacientes, sustentada en la dinámica del proceso que tenga en cuenta el diagnóstico de reumatología con el psicológico para un adecuado tratamiento integrado de SFM en un hospital público de la ciudad de Chiclayo.

2.2 Específicos

- Caracterizar epistemológicamente el proceso de atención integral y su dinámica.
- Diagnosticar el estado actual de la dinámica del proceso de integral a pacientes con síndrome de fibromialgia.
- Elaborar la manera de atención con abordaje psicológico a pacientes con síndrome de fibromialgia.

CAPITULO III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se justifica, ya que se pretende establecer si los pacientes con SFM requieren terapias psicológicas adicionalmente a tratamientos reumáticos y especializados en dolor que es de gran importancia para que el tratamiento sea eficaz. Las diversas investigaciones concluyen que el factor psicológico se encuentra presente en la mayor parte de los pacientes con SFM y es parte muy importante para el tratamiento exitoso y en menor tiempo.

Si los pacientes con SFM no son tratados psicológicamente de manera paralela, las terapias se pueden prolongar por mucho mayor tiempo, generando la utilización de más recursos tanto de profesionales, equipos, laboratorios, medicamentos y otros elementos costosos.

Adicionalmente, si el paciente es parcialmente diagnosticado, lo más probable es que luego de mucho tiempo de terapias abandone éstas y conviva con los dolores, fatiga, ansiedad, depresión, trastornos de sueño y otros, prolongando la mala calidad de vida, afectando no solamente al paciente sino a toda la familia.

Muchos pacientes son considerados incurables con fármacos contra la sintomatología física, por lo que se hace necesario contar con investigaciones que justifiquen un tratamiento más holístico con la intervención de otras especialidades. No existen pruebas de laboratorio, rayos X, ecografía u otros que ayuden determinadamente al médico a diagnosticar la fibromialgia.

“Los criterios diagnósticos propuestos son dolor generalizado durante al menos tres meses e hipersensibilidad músculoesquelética, ligamentaria y tendinosa al dolor en once o más de 18 localizaciones específicas o puntos gatillo” (Alvaro, 2010).

En los tratamientos psicológicos, es necesario establecer cuales pacientes presentan ansiedad y depresión. Una vez establecido, se determinará las terapias a aplicar, que de otro modo no se podrá hacer el tratamiento integral. Al conocer los trastornos psicológicos que tienen los pacientes, se facilitarán las terapias contra el dolor y la fatiga crónica que presentan los pacientes con SFM, ahorrando recursos en el Hospital principalmente en el área de rehabilitación física y tratamientos contra el dolor.

Igualmente, se debe explicar al paciente las implicancias psicológicas del SFM y que debe tratarse en el área de psicología de manera paralela. Esto es relevante dentro de la estrategia a diseñar, ya que según lo manifestado por diversos

pacientes se oponen a ser derivados al área de psicología, ya que se piensa que tienen trastornos psicológicos.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características del síndrome, describiéndolo didáctica y científicamente, sin dramatizar al SFM ni su evolución, pero tampoco faltando a la realidad. Lo que conllevará a aportar expectativas positivas desde el inicio, buscando la participación tanto de los terapeutas como del paciente, haciendo un binomio sinérgico que mejorará tanto la confianza como la probable mejoría de manera más pronta y certera.

Por ello, la presente investigación es muy importante para determinar con mayor objetividad, tanto el diagnóstico médico como psicológico en el tratamiento del SFM, debiéndose diseñar una estrategia integrada que incluye al paciente, el área de reumatología y el área de psicología.

CAPITULO IV.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los pacientes han sido atendidos en el departamento de reumatología y no han acudido al departamento de psicología, por lo que se ha tenido que ubicarlos en sus domicilios. Para ello se ha tenido que recurrir al servicio postal enviándoles cartas a fin de poderles aplicar el instrumento respectivo de evaluación. Solamente han respondido aproximadamente el 50% de éstos, por lo que no se ha logrado hacer la evaluación a todos los pacientes del año 2016, pero, si con una muestra significativa.

CAPITULO V. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1 Marco Teórico

5.1.1 Antecedentes del problema

Tanto históricamente como en los últimos años se vienen haciendo diversas investigaciones y propuestas para mejorar la calidad de vida de los pacientes de SFM.

Comenzaré estos antecedentes con algunas de las tesis doctorales, de las diversas en el mundo, que dan cuenta del gran interés en buscar mejores procesos de intervención a fin de relacionarlos con propuestas con abordajes psicológicos y otras técnicas incorporadas a la psicología como la relajación, meditación, programaciones mentales, yoga, tai chi, y otras terapias naturales.

Luego será necesario saber la evolución histórica para tener una mejor idea de la evolución de ésta aún incomprendida fibromialgia en su totalidad, pero, que es evidente que tiene una gran importancia el factor psicológico y el equilibrio físico y mental, adicionalmente al factor reumatológico.

En el año 2013, Trillo, E., en su tesis doctoral sobre la resiliencia en la fibromialgia y su relación con variables psicológicas y neurofisiológicas, concluyó:

Los resultados apuntan a la necesidad de reducir los tiempos diagnósticos y trabajar en equipos interdisciplinarios con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, de disminuir los costos asistenciales y el impacto negativo sobre el sistema sanitario.

La resiliencia ha demostrado que puede ser potenciada, favoreciendo la salud mental y física de los pacientes. Esto abre importantes líneas de investigación.

Es necesario desarrollar pautas de intervención eficaces y de manera precoz, en el contexto de un tratamiento multidisciplinar, orientado a mejorar la resiliencia y con ello la calidad de vida y la función de los pacientes con fibromialgia en Atención Primaria. (Trillo, E., 2013, p. 210)

En el año 2015, Alvarez, M., en su tesis doctoral Rasgos Psicológicos y Percepción del Dolor en Pacientes con Fibromialgia, refiere que los pacientes con fibromialgia presentan rasgos de personalidad diferentes a las personas con dolores característicos de artritis reumatoidea.

Igualmente, presentan mayor inestabilidad emocional. Tanto en neuroticismo como en extraversión y amabilidad.

A partir de los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que las personas con fibromialgia presentan unos rasgos de personalidad característicos y distintos de los presentados por personas con artritis reumatoide y también respecto a personas consideradas sanas. Estos rasgos característicos, hacen que estas personas, en conjunto, puntúen más alto en la dimensión Neuroticismo, responsable del equilibrio-desequilibrio emocional. Las personas que puntúan alto en este factor tienen una tendencia general a experimentar sentimientos negativos, tales como ira, miedo, melancolía, vergüenza, etc. (Alvarez, M., p.145)

Las puntuaciones obtenidas en los rasgos de personalidad son diferentes en todos los grupos analizados. Según su diagnóstico: las diferencias entre las personas con fibromialgia y los dos grupos control resultan estadísticamente significativas en las dimensiones de Neuroticismo, Extraversión y Amabilidad. Se encontraron las mayores

puntuaciones en Neuroticismo y Amabilidad en las personas del grupo con fibromialgia y las menores puntuaciones en Apertura a la experiencia, también en este grupo. Según la intensidad del dolor percibida: las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de personalidad son diferentes para los tres grupos analizados. Las mayores diferencias se dan entre dolor leve y dolor severo. Este último es el que más puntúa en la dimensión Neuroticismo y el que menos en Extraversión, Apertura y Responsabilidad. También aparecen diferencias significativas en la dimensión Extraversión, con puntuaciones más bajas en el grupo fibromialgia, respecto al grupo sano. (Alvarez, M., p. 154)

En el año 2015, Sánchez, P., en su tesis doctoral encontró que:

Estrés Percibido (medido por PSS): Las pacientes con depresión presentan un nivel mayor estadísticamente significativo que las pacientes con ansiedad. En el Grupo FM las pacientes con depresión presentan un nivel mayor pero no significativamente de estrés percibido que las pacientes ansiosas.

Ansiedad (medida por EHA): Las pacientes con Fibromialgia presentan niveles significativamente mayores de sintomatología ansiosa que las pacientes del grupo Control. Las pacientes con Depresión presentan niveles significativamente mayores de sintomatología ansiosa que las pacientes con Ansiedad. En el Grupo FM las pacientes con depresión presentan niveles significativamente mayores de sintomatología ansiosa que las pacientes con Ansiedad.

Depresión (medida por EHD): Las pacientes con Fibromialgia presentan niveles significativamente mayores de sintomatología depresiva que las pacientes del grupo Control. Las pacientes con Depresión presentan niveles significativamente mayores de sintomatología depresiva que las pacientes con Ansiedad. En el Grupo FM las pacientes con depresión presentan niveles significativamente

mayores de sintomatología depresiva que las pacientes con Ansiedad. (Sánchez, P., 2015, p. 88)

En el año 2016, Garrido, E., en su tesis doctoral sobre acupuntura y fisioterapia para fibromialgia, encontró que:

La Acupuntura y la Fisioterapia basada en ejercicios de estabilidad central mejoran de manera significativa el equilibrio estático, el equilibrio dinámico y la movilidad funcional en mujeres con Fibromialgia. (Garrido, E., 2016, p. 265)

En la tesis doctoral sobre tratamiento sintomático de la fibromialgia, Alentorn, E., s.f., encontró que:

-El tratamiento de la FM debe ser multidisciplinar, fruto de la interacción de médicos, fisioterapeutas, Licenciados en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, enfermeras, psicólogos y cualquier otro profesional de la salud debidamente formado.

-El tratamiento de la FM es sintomático, y se basa en la combinación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

-El tratamiento farmacológico que ha demostrado mayor nivel de evidencia científica para eficacia son los antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina y Ciclobenzaprina.

-El tratamiento no farmacológico que ha demostrado mayor nivel de evidencia científica para eficacia son el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la educación sanitaria.

-El tipo de ejercicio físico que ha demostrado mayor evidencia científica de eficacia es el ejercicio aeróbico. (Alentorn, E., s.f., p. 254.255)

En la tesis doctoral sobre tai chi y fibromialgia, Romero, A., 2012, encontró:

Los resultados de las diferentes investigaciones revisadas indican que el Taichi es un ejercicio saludable que puede tener efectos positivos sobre la salud física y psicológica, densidad mineral, inmunodeficiencia, perfil lipídico, síndrome metabólico, lesión cerebral, dolor de cabeza por tensión, cáncer, salud cardiovascular, diabetes tipo 2, espondilitis anquilosante, múltiple esclerosis y fibromialgia. Por otro lado, son necesarios más estudios que apliquen diseños metodológicos de mayor calidad.

Una intervención de 16 semanas de Taichi mejora la flexibilidad de las extremidades inferiores en hombres con fibromialgia. Esta mejora se mantuvo después de 3 meses sin intervención.

La práctica de Taichi durante 12 semanas mejora la capacidad funcional, la calidad de vida relacionada con la salud, la autoestima y reduce el impacto de la enfermedad en mujeres con fibromialgia.

Una intervención de Taichi durante 28 semanas tiene efectos positivos sobre el dolor, la capacidad funcional, la sintomatología, la calidad de vida relacionada con la salud, las estrategias de afrontamiento del dolor activas, autoeficacia y autoestima en mujeres con fibromialgia. (Romero, A., 2012, p.142)

En el año 2011, Parra, M., en la tesis doctoral sobre la influencia de las prácticas de meditación TCBCP (Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena) de pacientes con fibromialgia, incluidos entre su aportes, en sus conclusiones refiere:

Se ha encontrado que, a los 3 meses de finalizar la intervención con la TCBCP, los sujetos del grupo experimental continúan presentando una disminución significativa del impacto de la fibromialgia, de los síntomas de depresión, un aumento en la mejora de las dimensiones sobre percepción de calidad de vida: Salud Mental, Componente Mental Estandarizado, Rol Físico y Rol Emocional y un mayor uso de la estrategia de afrontamiento al dolor denominada Autocontrol Mental.

El grupo de sujetos que llevó a cabo la TCBCP encontró una mejoría significativa con respecto a su línea base, tras el tratamiento y durante el seguimiento, en las dimensiones Funcionamiento Físico, Dolor Corporal y Salud General sobre percepción de calidad de vida.

Los participantes en la TCBCP mejoraron de manera significativa en las dimensiones Funcionamiento Social y Componente físico durante los 3 meses siguientes al tratamiento. Esta mejora se produjo respecto a su valoración inicial.

En general, la TCBCP disminuye el impacto de la fibromialgia y, resulta significativamente más eficaz, en el tratamiento de los síntomas psicológicos y en la mejora de las dimensiones sobre percepción de calidad de vida que tienen que ver con su bienestar psicológico. Se estima que existe una mejora de los síntomas físicos, aunque esta no sea significativa. Por tanto, se considera que la TCBCP tiene efectos beneficiosos en el bienestar de las personas que padecen el síndrome de fibromialgia. (Parra, M., 2011, p. 290-91)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) registra a la fibromialgia como una enfermedad a partir de la década del 90. Es necesario mencionar que una enfermedad es la pérdida de la salud, o del estado de bienestar corporal y anímico, el síndrome son los síntomas.

Un síndrome es un conjunto de signos médicos específicos, características y síntomas. Es un cuadro determinado o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existen a un determinado tiempo. La palabra síndrome proviene del griego syndromé (concurso).

La palabra enfermedad procede del latín: infirmītas, -ātis (falta de solidez o salud). En medicina la enfermedad se define como la alteración del estado de la salud normal, de tal manera que una enfermedad es cualquier trastorno anormal del cuerpo o la mente que provoca malestar y alteración de las funciones normales.

Es necesario mencionar también que las enfermedades son nominaciones creadas por el hombre, con el objetivo de clasificar el conocimiento. En este concepto se agrupan una serie de componentes que la definen, esto hace la diferencia con los síndromes y los síntomas.

En los diversos tratados actuales sobre la fibromialgia continúa apareciendo como Síndrome de Fibromialgia.

A finales de los años treinta y cuarenta aparecen otros conceptos relacionados con el síndrome de fibromialgia: son el síndrome miofascial y el reumatismo psicógeno. El «síndrome doloroso miofascial», fue introducido por Steindler, que incluso mencionaba ya la existencia de los puntos dolorosos característicos de la fibromialgia (Steindler, 1938).

Los estudios y descripciones relacionados con el SFM tienen varias décadas de investigaciones para tratar de explicar la fibrositis y con ello llegar a conclusiones más determinantes, que en la actualidad están más cerca a mejorar la calidad de vida de los pacientes y con ello descubrir mejores tratamientos con características holísticas.

Años más tarde, en 1952, Travell JG (Herch, 1989) terminaría de describir clínicamente el cuadro de dolor miofascial. En 1945, Kelly y colaboradores (Herch, 1989), trataron de explicar las características de la fibrositis, emitiendo su teoría refleja. Según esta teoría, los impulsos generados en la lesión tisular viajarían al sistema nervioso central, donde tendrían conexiones directas con otras células. Los impulsos desde estas células viajarían antidrómicamente y producirían dolor en el punto miálgico. Estos puntos miálgicos producirían a su vez impulsos que viajarían a áreas de dolor referido. Kelly creía que una

excitabilidad aumentada del sistema nervioso central, producida por estrés o enfermedad, facilitaba el desarrollo de la enfermedad.

Por otra parte, y también durante este periodo, diversos estudios anatomopatológicos, fundamentalmente realizados en la Clínica Mayo, descartaban la inflamación en el tejido conectivo de los pacientes con fibrositis. Ello dio lugar a que, en 1947, Boland introdujera el concepto de «reumatismo psicógeno o reumatismo tensional», basándose en la ausencia de hallazgos demostrables que justificasen la sintomatología. Debido a ello quedó encuadrada en aquel momento como una psiconeurosis.

Finalmente, en 1975, Hench utilizó por primera vez el término fibromialgia para resaltar la ausencia de signos inflamatorios en esta enfermedad, recogiendo las aportaciones que en los años precedentes aconsejaban el abandono progresivo del término fibrositis (López y Mingote, 2008).

Historia de la Fibromialgia:

- 1904. Gowers, acuña el nombre “fibrositis”. Actualmente, esta denominación continúa utilizándose como sinónima.
- 1943. Slocumb menciona que la “fibrositis” es la forma más frecuente de reumatismo de los tejidos blandos.
- 1947. Boland y Corr refieren la enfermedad como Reumatismo psicógeno.
- 1972. Smythe sentó las bases actuales al describir el dolor generalizado y puntos de dolor similares de los pacientes.
- 1975. Moldofsky observa alteraciones EEG durante el sueño.
- 1976. Hench utiliza por primera vez el término fibromialgia. Proviene de fibra que alude a los tejidos blandos del cuerpo, del griego myo o músculos y algia, dolor.

- 1990. El American College of Rheumatology establece en definitiva los actuales Criterios Diagnósticos.
- 1992. La Organización Mundial de la Salud la reconoce como una enfermedad dentro de los reumatismos no articulares.

La FM es una condición debilitante con efectos devastadores sobre la calidad de vida de los pacientes con el impacto laboral consiguiente.

Barreira (s.f.) refiere que, aunque las causas aún no han sido bien aclaradas, se piensa que puede estar ocasionada o agravada por estrés físico o mental, deterioro de la percepción del dolor, con reducción del umbral, traumatismo físico, anormalidad del sueño, disturbios hormonales, anormalidades inmunológicas.

Refiere también que, en muchos casos, los pacientes con fibromialgia presentan bajos niveles de neurotransmisores como serotonina y triptófano, así como elevados niveles de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo. Asimismo, menciona que la ansiedad y la depresión no parece que sean la causa de la fibromialgia, sino que se producen como reacción al malestar continuado que provoca la enfermedad.

Concluye, sobre los trastornos del sueño que dentro de las teorías actuales sobre la patogénesis de esta enfermedad se encuentran las alteraciones en la arquitectura del sueño (caracterizado por sueño fragmentado y disminución de las fases profundas del sueño no REM, entre otras), alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo y fenómenos de procesamiento anormal del dolor. Asimismo, se han hallado alteraciones ultra estructurales con microscopía electrónica en las biopsias de los músculos comprometidos; integrándose así teorías que abarcan las diferentes (y complejas) relaciones entre los mecanismos de sueño-vigilia (alteraciones del ritmo circadiano), el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, los centros de procesamiento de las vías de dolor (fenómenos de sensibilización central y periférica del dolor) y el sistema

nervioso autónomo (alteraciones en el tono autonómico o simpático-vagal: hiperactividad simpática sostenida con hiporeactividad simpática ante el estrés).

Sobre las manifestaciones clínicas, refiere que la fibromialgia ocasiona dolor músculo-esquelético generalizado, debilitamiento intenso (adinamia) y hasta incapacitante (astenia); trastornos del sueño, alteraciones del ritmo intestinal, rigidez en las extremidades superiores o inferiores y frecuentes episodios depresivos acompañados de crisis de ansiedad-inmuno-endócrino.

Los sitios frecuentes en los cuales se presenta la fibromialgia incluyen la región lumbar, dorsal alta, cervical, tórax y muslos. La alteración de los músculos consiste en una mayor tensión muscular referido por el paciente como un calambre doloroso y localizado que en ocasiones se asocia a otros problemas o situaciones desencadenantes (estrés laboral, por ejemplo).

El Colegio Americano de Reumatología en 1990 unificó los diferentes criterios refiriéndose a la fibromialgia por la presencia de dolor generalizado y al menos 11 de los 18 posibles puntos dolorosos (Tender Points) sensibles a la compresión digital.

Se considera que puede haber una fibromialgia cuando al aplicar una presión de cuatro kilogramos sobre dichos puntos, el paciente reporta dolor en 11 o más de ellos. Esta técnica fue desarrollada por el American College of Rheumatology.

Los trastornos del sueño son muy frecuentes y consisten básicamente en abundantes pesadillas, sueño no reparador que puede ser el causante de un trastorno conocido como hipersomnia diurna y gran cantidad de descargas dolorosas en los músculos durante el sueño.

El 90% de los pacientes con FM refieren sueño de mala calidad, ligero y con la sensación de falta de descanso nocturno. Antes de iniciar una ayuda farmacológica para mejorar la calidad del sueño, se deben intentar medidas higiénicas como la abstención de cafeína u otros estimulantes en las horas previas y realizar ejercicios aeróbicos durante el día y no cerca de las horas del sueño.

También se deben utilizar en primer lugar los tratamientos no farmacológicos conductuales, especialmente las técnicas de control de estímulos y la de restricción del sueño, que se han demostrado eficaces en el tratamiento del insomnio a corto y largo plazo (Collado et al, 2007).

Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4% (Rondon, 2006).

Es necesario destacar que en un estudio trasversal realizado en Estados Unidos en el año 2010, Ross R, Jones K, Ward R, Wood L y Benett R realizaron estudios con 76 pacientes con SFM; el 11,8% fueron eutímicos (estado de ánimo normal, ausencia de ánimo deprimido o elevado), el 52,6% tuvo depresión mayor con características atípicas y el 35,6%, depresión mayor con síntomas melancólicos (Ross, 2010).

Según Alvarado y Montenegro (2013) en su tesis de pregrado sobre asociación entre depresión y ansiedad, en diversos centros de salud de la ciudad de Chiclayo, encontraron que más del 90% de pacientes con SFM presentaron ansiedad y depresión, de las cuales el 38 % fueron calificadas como severas.

Es decir, la presencia de depresión y ansiedad es un factor importante dentro de los pacientes con Síndrome de Fibromialgia y que debe ser considerado dentro del tratamiento en todo centro de salud.

5.1.2 Bases Teórico-Científicas

5.1.2.1 Proceso de Atención a Pacientes con Síndrome de Fibromialgia.

Dentro del proceso de atención no solamente debe tenerse en cuenta al paciente en sí, sino también su entorno tanto familiar como de su círculo social. Igualmente en el hospital público, materia de este estudio, no exclusivamente desde el punto de vista reumatológico, sino que debe hacerse un abordaje psicológico adecuado y con la información al paciente necesaria.

Las medidas organizativas desde Atención Primaria (AP) para el abordaje de la FM deben dar respuesta a las necesidades asistenciales según el nivel sintomático de cada paciente, facilitando su incorporación a grupos de ayuda mutua y sirviendo de apoyo a las asociaciones de pacientes con FM en su ámbito natural de la zona básica de salud. AP deberá coordinar las actuaciones con Atención Especializada (AE) cuando sea necesario la utilización de sus recursos. Otro aspecto necesario para contribuir a la mejora de la calidad de vida de este colectivo de pacientes es facilitarles el conocimiento de su enfermedad para que sean agentes activos y corresponsables de su salud y cuidados.

Consideramos que la implantación de este proceso podrá reducir la variabilidad en la práctica clínica, facilitando el conocimiento de aquellos aspectos asistenciales más idóneos en relación con la

evidencia científica actualmente disponible, promover la mejora en la utilización racional de los recursos sanitarios y estimular el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre las causas de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento. La evaluación de las actividades del proceso nos permitirá medir el impacto de las intervenciones propuestas sobre el bienestar de las pacientes y el nivel de implicación de los profesionales (Caraballo et al. 2005).

En muchos países se está trabajando en los criterios diagnósticos y se está profundizando en las investigaciones a fin de poder saber mucho mejor los mecanismos que tiene el SFM, llegándose a establecer que es más común de lo que se creía hace algunas décadas.

Desde que se promulgaron los criterios diagnósticos de esta patología hasta la fecha, se ha asistido a una verdadera explosión en el número de investigaciones científicas sobre la fibromialgia provenientes de diferentes países, lo que se ha traducido en un notorio avance en el conocimiento de sus mecanismos.

Otro hito importante en la historia de la fibromialgia han sido los estudios epidemiológicos realizados en diversas partes del mundo, los cuales han concluido que el padecimiento es muy frecuente, ya que lo sufre aproximadamente entre 2 y 4 por ciento de la población en general (Martínez, 2008).

Las exigencias actuales, con los adelantos científicos difundidos mundialmente, deben ser los adecuados en el hospital público y repetirse en otros centros hospitalarios de la localidad. La actualización de los profesionales debe cubrir las necesidades de mejorar la calidad de vida tanto orgánica como psicológica.

Esta actualización implica también el ser más abiertos a otros tipos de terapias que se practican hasta en plazas públicas como el tai chi chuan, la meditación, relajación y otros, descritos luego en este mismo estudio.

El proceso de atención debe cumplir las exigencias tanto de los profesionales como de los pacientes y entre las necesidades y expectativas se pueden considerar:

- Hacer todo lo posible para mejorar su calidad de vida y la de su entorno.
- Garantizar los recursos y la accesibilidad a los servicios sanitarios y consultas de especialidad.
- Prontitud y preferencia oportuna en las citas.
- Continuidad de los profesionales en las consultas.
- Realización de pruebas diagnósticas necesarias y suficientes para emitir un diagnóstico.
- Acceso a terapias alternativas que les benefician como acupuntura u ozonoterapia.
- Mejorar la accesibilidad a rehabilitación y consultas de psicología.
- Buena definición del proceso asistencial.
- Creación de unidades específicas de FM.
- Reconocimiento de la enfermedad por la Seguridad Social: facilidad para acceder a bajas laborales, cuando sea preciso.
- Impulsar la investigación sobre FM.
- Dotación de recursos para investigación.
- Subvenciones para asociaciones de pacientes. (Caraballo, 2005)

La evaluación de las actividades del proceso nos permitirá medir el impacto de las intervenciones propuestas sobre el bienestar de las pacientes y el nivel de implicación de los profesionales.

El entendimiento y el desarrollo en la atención de los pacientes con dolor crónico, se han caracterizado en los últimos años por el conocimiento de la interacción entre el proceso biológico y los factores psicológicos y sociales, en el mantenimiento del dolor y desarrollo de la discapacidad asociada. No existe un buen proceso de atención si no se incluye a otras áreas relacionadas, tal como el departamento de psicología. “La fibromialgia es un problema asistencial de primera magnitud por lo que se debe reflexionar sobre su contexto clínico y velar por prestar los últimos y mejores tratamientos a nuestros pacientes” (Aroca et al. 2010).

Asimismo, existen factores a considerar que deben tomarse en cuenta tales como:

A. Factores predisponentes:

- Sexo: Mujer: En USA. el 3,4% de mujeres frente al 0,5% de hombres. En Canadá 4,9% y el 1,6%. noruega desde el 0,9% de hombres hasta el 10,5% de mujeres. España del 0,4% de hombres al 4,2% mujeres.
- Edad: Hacia la edad media de la vida. niños y jóvenes de 9 a 17 años sin una prevaecía clara aún. 30 a 65 años, siendo de un 4,2% entre los 40 y 52 años. Muy rara a partir de los 75 años.
- Raza: Caucásicos.
- Factores emocionales: Trastornos Psicológicos previos se admiten como predisposición a sufrir Síndrome Fibromiálgico.
- Antecedentes familiares: Se aprecia una acumulación de casos estadísticos.

Condición física: no suelen realizar ejercicio físico o muy escasamente.

- Percepción dolor: El Umbral de dolor en estos pacientes es más bajo que en el conjunto de la población.

B. Factores Desencadenantes:

- Stress emocional agudo postraumático.
- Un trauma físico de localización osteomuscular: accidentes de tráfico 2,9%, accidentes de otra causa no especificadas de hasta 23,5%.
- Enfermedad grave: (incluyéndose situaciones) partos problemáticos de riesgo, aborto hasta un 11,8%.
- Patología de origen laboral.
- Cirugía previa en un 38%.
- Ansiedad y/o depresión reactiva a situaciones de estrés cotidiano (Aroca et al., 2010)

Los síntomas de los pacientes con SFM, aparecen luego de varios factores desencadenantes, siendo importantes los de naturaleza psicológica; los diversos autores coinciden en esta observación, por lo que se hace necesario incluir la intervención psicológica dentro de las terapias a llevar a cabo.

Generalmente la mayoría de los que sufren fibromialgia indican que el comienzo de los síntomas coincide también con algún acontecimiento significativo en su vida (accidentes, intervenciones quirúrgicas, separación o divorcio, conflictos familiares, etc.). Es decir, que hay factores desencadenantes, como el trauma físico y emocional, que pueden facilitar su aparición. (Vannay, 2014).

Por ello, se propone un modelo de atención bio-psico-social mediante abordajes diversos rehabilitadores, que se constituirá como el procedimiento

más eficiente en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, sin perder importancia otro tipo de terapias más simples.

El proceso se fundamenta en una evaluación multidisciplinaria, atravesando por las de tipo médico, psicológica, ocupacional, física, recuperación funcional entre las más importantes.

Generalmente, el tratamiento de la fibromialgia es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. La combinación de educación y ejercicios parece especialmente eficaz. La información/educación debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la FM.

El tratamiento de la FM es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. La combinación de educación y ejercicios parece especialmente eficaz. La información/educación debe ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la FM.

Se han publicado numerosas revisiones que analizan la eficacia de los tratamientos no farmacológicos. Todas coinciden en que los programas de ejercicios son la intervención no farmacológica más y mejor estudiada (Porro, Esteves, Rodríguez, Suarez y Gonzales, 2015).

Así se hace necesario protocolizar y organizar la atención, para tener una guía que permita la eficacia en el tratamiento de los pacientes con intervención psicológica en el hospital público de la ciudad de Chiclayo.

No solamente por los dolores musculares en diversas partes del cuerpo, sino con criterios más amplios, que permitan mejorar integralmente.

El síndrome fibromiálgico está catalogado como una enfermedad reumatológica con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 CM. última revisión). La Sociedad Española de Reumatología define a la Fibromialgia como una anomalía en la percepción del dolor, de manera que se perciben como dolorosos estímulos que habitualmente no lo son (Vannay, 2014).

Otro de los problemas relacionados con el SFM es que pueden afectar otros órganos y producir síntomas no deseados, que afectan demasiado la calidad de vida. Inclusive aparecen traumas o trastornos psicológicos adicionales.

La asistencia del departamento de psicología prevendrá y ayudará a un mejor diagnóstico, ahorrando inclusive mayor cantidad de consultas en otras áreas del hospital público de la ciudad de Chiclayo.

También aparecen síntomas psicosomáticos que afectan a varios órganos como el síndrome del colon irritable, los posibles problemas cardíacos, la vejiga irritable, tos irritativa y problemas ginecológicos; síntomas neurológicos como adormecimiento de los dedos, pinchazos, tensión muscular y cefalea tensional; alteraciones mentales como la ansiedad y la depresión; problemas cognitivos como la incapacidad para concentrarse y dificultad para aprender y sensación subjetiva de edema e Hiperlaxitud (presente el 30-50% de los pacientes) (Vannay, 2014).

El SFM a menudo es tratado solamente de manera reumática, dándose mayor importancia a los dolores generalizados dentro del área de los 18 puntos establecidos por el Colegio Americano de Reumatología, dejando de lado los trastornos psicológicos.

En entrevistas preliminares con médicos de centros médicos tales como clínicas, hospitales y centros asistenciales, es común que los pacientes con SFM no sean derivados al departamento de psicología, o que éste sea inexistente en dichos centros.

En el hospital público referido, si existe el área de psicología, por lo que el objeto de estudio de elaborar una estrategia de atención con intervención psicológica, para pacientes diagnosticados preliminarmente con SFM es factible.

La intervención psicológica en este tipo de trastornos se justifica por la importante carga que tienen estos trastornos tanto en el inicio, la evolución como en el mantenimiento y persistencia de los síntomas.

En una clínica o un hospital (al contrario de una consulta privada) es posible utilizar una amplia gama de procedimientos médicos, psicológicos y sociales. Esta gama abarca desde los fármacos y la psicoterapia de grupo, hasta visitas en la casa, en la escuela o en el trabajo, que intentan modificar las condiciones adversas de la vida.

La voluntad de utilizar diversos procedimientos se pone de manifiesto en la frecuente utilización de equipos de trabajo para la evaluación, el tratamiento, y sobre todo en los tratamientos de grupo y en los contextos institucionales.

Dicha estrategia implica de manera ideal el esfuerzo coordinado de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud mental. También resulta de una importancia cardinal la práctica actual de proporcionar el tratamiento en el ámbito de la comunidad. En vez de considerar el desajuste como una desdicha privada, lo que hace tanto tiempo garantizaba el confinamiento en un hospital mental lo más lejano posible, dicha estrategia integra los recursos de la familia y la comunidad en el proceso de tratamiento (Butcher, 2007).

En el origen de la fibromialgia, los estudios señalan a varias hipótesis donde factores como el estrés o el sufrimiento de traumas previos pueden tener un papel importante, es decir, la intervención psicológica y una estrategia integrada de atención inclusive a nivel de prevención primaria tendrá un papel relevante. En definitiva, también, cuando el SFM sea tratado de manera integral una vez correctamente diagnosticado.

Es decir, el presente estudio no solamente será útil a nivel de prevención, sino para hacer un tratamiento eficaz que beneficien tanto al paciente como al óptimo aprovechamiento de los recursos del hospital público, que tiene también la denominación de docente.

5.1.2.2 Atención con abordaje psicológico para pacientes diagnosticados con el Síndrome de Fibromialgia.

Este campo consiste en la atención integrada dentro del campo de la investigación de la Terapia Cognitivo-Conductual se puede fundamentar en agregar a las técnicas operantes propias de la modificación de conducta, estrategias cognitivas basadas en la distracción y en diversas terapias de avanzada, que la psicología puede utilizar.

No solamente en terapia directa del dolor, sino también aplicaciones de técnicas de relajación, acupuntura, meditación, hipnosis, tai chi chuan y otros. Esto igualmente puede ser integrado para que en un futuro pueda incluirse dentro de la estrategia integrada de atención a pacientes con el SFM.

Todas estas técnicas de avanzadas influyen en los niveles de ansiedad, depresión y dolor, aplicadas dentro de una intervención cognitivo-conductual basada en el entrenamiento en relajación, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la información sobre el dolor.

Para ello se hace necesario establecer una estrategia integrada, que incluyan tanto el área de reumatología con psicología, sin dejar de mencionar en esta estrategia, otros factores de mejoramiento de calidad de vida que deben incluirse.

Asimismo, establecer los niveles de ansiedad y depresión que tienen los pacientes en la actualidad, que establecerá mejor la investigación. En un estudio efectuado por la Corporación Sanitaria Clinic y la Universidad de Barcelona, en conjunto con las sociedades médicas y psicológicas de España y la Fundación de Afectados con Fibromialgia, se establecieron diversos protocolos para incorporarlos a la atención española sobre casos del SFM. (Collado et al., 2007).

Para el tratamiento igualmente proponen diversas medidas educacionales, el tratamiento farmacológico, tratamiento físico, psicológico, ocupacional y establecen diversos criterios o estrategias para aplicar estos tratamientos.

Para el tratamiento psicológico abarca un protocolo, necesario para el proceso de atención como una estrategia atención integrada, cuyos puntos principales son:

1. Antecedentes psicopatológicos personales y familiares.
2. Evaluación longitudinal de la sintomatología psicopatológica y somática.
3. Interferencia biográfica de la sintomatología somática.
4. Evaluación topográfica de la sintomatología psicopatológica y somática.
5. Evaluación de la personalidad premórbida.
6. Características del patrón de conducta con propensión al dolor.
7. Relaciones y actividades sociales.
8. Genograma familiar.
9. Frecuencia de las interacciones familiares.
10. Grado de satisfacción con las relaciones familiares (percepción de ayuda, consideración de la suficiencia y calidad de la ayuda recibida).
11. Actitud de la familia ante la enfermedad.
12. Tipo, frecuencia y grado de satisfacción con las relaciones y actividades
13. Estilo de interacción interpersonal.
14. Grado de apoyo social.
15. Evaluación de las contingencias actuales de las conductas de dolor.
16. Evaluación y eficacia de las estrategias de afrontamiento del dolor previas y actuales.
17. Creencias sobre el dolor (catastrofización; dolor = lesión; tratamiento del dolor = reposo absoluto...)
18. Estilo de atribución relacionado con el dolor (Collado et al., 2007).

La elaboración de las estrategias y/o protocolos debe conducir a mejorar la calidad y la eficacia de la atención, ajustándolo a la realidad de la comunidad, debiendo ser con la ética profesional requerida.

La filosofía para la elaboración y diseño de los protocolos de práctica clínica debe contemplar la mejora de la calidad asistencial, permitir la elección de alternativas de tratamiento (flexibilidad), facilitar las

herramientas necesarias para la toma de decisiones, potenciar el conocimiento médico y la educación al paciente, centrarse en un caso concreto pero teniendo en cuenta las necesidades de la población general, y finalmente, considerar los aspectos éticos durante todo el proceso (Bonafony y Casasín, 2002).

Debe existir flexibilidad para llegar a los objetivos deseados y con el tiempo y la experiencia, ir mejorando la atención, ajustando de acuerdo a los recursos disponibles.

Pueden desarrollarse desde el inicio de la atención sanitaria del paciente, desde la consulta externa, antes, durante y después de la hospitalización o acto quirúrgico, y permiten la anticipación de los problemas asistenciales, la evaluación de los objetivos planteados, la comparación con los estándares previamente definidos y la innovación en las soluciones. Las vías clínicas pueden y deben retroalimentarse.

Después de su implantación inicial deben recogerse todos los inconvenientes que aparezcan a modo de brain storming entre todos los personajes participantes en la vía clínica y corregir aquellos matices del proceso que han resultado conflictivos o mal calibrados durante la elaboración de la vía. Constituyen, por tanto, procesos dinámicos y que deben adaptarse al medio donde se aplican y a las nuevas evidencias científicas en que se apoyan (Bonafony y Casasín, 2002).

De la misma manera, facilitar las herramientas necesarias que permita una adecuada toma de decisiones, a fin de potenciar el conocimiento médico y la educación al paciente.

Se debe centrar en un caso concreto pero teniendo en cuenta las necesidades de la población general, y finalmente, considerar los aspectos éticos durante todo el proceso.

En el caso concreto de protocolo terapéutico tendrá un enfoque multidisciplinario, entre ellos el farmacológico o de aplicación de una terapia farmacológica, promoviendo el uso de medicamentos eficaces y desaconsejando los menos coste-efectivos para reducir la mortalidad, morbilidad y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Esto último es uno de los objetivos principales.

Propone este estudio, 5 objetivos de relevante importancia, sin que el orden de los mismos tenga relación alguna con una mayor o menor relevancia. A saber:

- Limitar las variaciones de la práctica clínica que pudieran afectar a la calidad del servicio.
- Eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad del cuidado.
- Conducir la atención médica y farmacéutica en la dirección científica, contribuyendo al desarrollo de la cultura de la evidencia.
- Facilitar a los profesionales la accesibilidad a las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, en el formato adecuado.
- Dar a conocer las bases para la educación de los pacientes sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Todos estos datos son protocolizados y puestos en contexto dentro del proceso de atención integrada con el departamento de psicología del tratamiento del SFM.

Dentro de lo propuesto para el presente caso de estudio, se dará preponderancia a los trastornos de ansiedad y depresión.

Los trastornos de ansiedad, depresión y del sueño son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia, alcanzando cifras alarmantes en los países del Primer Mundo. Para referirme a uno de éstos, según la OMS más de 350 millones de personas tienen depresión, 5% han padecido depresión en el último año.

“La evaluación psiquiátrica frecuentemente encuentra depresión, fobias simples, distimia, crisis de angustia, antecedentes de abusos sexuales y malos tratos infantiles y los estudios genéticos indican un riesgo elevado para familiares de primer grado” (Alvaro , 2010).

Los estudios sugieren que la mayoría de las personas con síndrome de fibromialgia (SFM) presentan alteraciones del sueño, a menudo el trastorno del sueño es un problema mucho más grave que el mismo dolor. Es de destacar que el SFM también se le conoce como Síndrome de Fatiga Crónica, aunque algunos autores difieren que son enfermedades diferentes, aunque muy similares.

El cansancio o fatiga que presentan los pacientes con el SFM puede variar desde un simple desgano y menor resistencia al esfuerzo en ciertas actividades hasta la extenuación y también puede variar de un día para otro.

Es sabido que la interrupción de una de las fases del sueño, denominada “sueño profundo” altera ciertas funciones cruciales del cuerpo humano, como la producción de las hormonas necesarias para restaurar el tejido muscular, y los niveles de sustancias que controlan la manera en la que una persona percibe el dolor. Los problemas del sueño pueden empeorar los síntomas de la fibromialgia.

Los cambios de estado de ánimo son un síntoma común de la fibromialgia. Con frecuencia, las personas con fibromialgia se sienten tristes o decaídas y algunas también presentan depresión, al igual que ansiedad.

Se piensa que hay una conexión entre ciertas clases de depresión y la ansiedad crónica. Sin embargo, cualquier persona con una enfermedad crónica, no únicamente fibromialgia, puede sentirse deprimida en ocasiones, al luchar contra el dolor y el cansancio.

El diagnóstico se realiza cuando el paciente no presenta signos de otra enfermedad ya que, como se ha mencionado, un cuadro similar puede encontrarse asociado a lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, pacientes con cáncer libre de enfermedad, esclerosis múltiple y otros. Igualmente es posible encontrar fibromialgia asociada a otros síndromes como migraña, síndrome del intestino irritable, dolor de la articulación temporo-mandibular, trastorno de ansiedad y depresión (Alvaro , 2010).

En todo caso, la demanda de atención de casos de manera general, refiere que más de la mitad de casos (51 por 100) corresponden a sólo tres categorías de diagnóstico: trastornos de ansiedad (32 por 100), problemas de relación (9.8 por 100) y trastornos del estado de ánimo (9.5 por ciento). Alternativamente casi la mitad de los casos (46.7 por 100) son problemas de ansiedad o problemas que no cumplen criterios para un diagnóstico de salud mental, según refiere Labrador, F., Crespo, M. 2012, p. 217.

Por lo que el SFM tiene la probabilidad de afectar en mayor porcentaje de los casos generales, lo que se determinará con la presente investigación.

En este sentido la evaluación tiene que mejorar, siendo importantes la vinculación de plazas docentes y asistenciales y el desarrollo de departamentos de psicología clínica autónomos, en el ámbito sanitario (Labrador, 2012).

En un estudio efectuado por García Fructuoso y Ferrán J. del Servicio de Reumatología de la clínica CIMA de Barcelona, 2000, refieren que la

inmensa mayoría de pacientes con el SFM no responden con éxito a los tratamientos farmacológicos experimentando una pléyade sintomática compleja que incluye depresión, trastornos de ansiedad y pánico y diversas alteraciones del comportamiento e hipersensibilidad a diversos estímulos internos y externos, por lo que se hace necesaria que diversas áreas intervengan de manera integral en el tratamiento.

El tratamiento psicológico estará integrado en un enfoque multidisciplinar, pues considera al enfermo desde un punto de vista bio-psico-social. Por ello en el abordaje de la FM se incluiría información de la enfermedad, psicoeducación, ejercicio físico y medicación.

La terapia psicológica tiene como objetivo general que el paciente comprenda y asuma que tiene un papel activo en el buen manejo de su enfermedad. El tratamiento sólo funcionará si el sujeto se responsabiliza de sí mismo, percibiendo que el victimismo y la pasividad dificultan el proceso de mejoría.

Los objetivos del tratamiento serán:

- Conocer y aceptar la enfermedad como un proceso crónico que implica una adaptación a las limitaciones que conlleva (haciendo los cambios conductuales necesarios en esta línea).
- Incrementar la conciencia de sensaciones, emociones, pensamientos y necesidades reales.
- Aprender a controlar los factores externos e internos que empeoran la evolución, potenciando por el contrario conductas saludables que facilitarían un mejor manejo de los síntomas.
- Aprender a manejar el dolor y el estrés asociado.
- Tratar las alteraciones psicopatológicas asociadas (Aroca et al., s.f.).

En el abordaje psicológico procede aplicar la terapia cognitivo conductual, aplicando la terapia cognitiva dirigida a la vinculación entre el pensamiento y la conducta de los pacientes. En ello se pueden combinar las diferentes técnicas de afrontamiento y relajación que se aplican en las terapias psicológicas.

El modelo acepta las conclusiones conductistas de que la conducta humana es aprendida, pero, no solamente en el vínculo entre estímulos y respuestas, sino también en las relaciones personales y reglas o conductas. Tanto en el plano afectivo como de conocimientos. La conducta, el aspecto cognitivo y el afectivo se encuentran interrelacionados y cada uno de éstos afecta a los otros componentes.

Terapia Cognitivo-Conductual

Es eficaz en la disminución del dolor y del malestar corporal. También incrementa la capacidad de autocontrol. Otros estudios hablan de que mitiga la sensación de fatiga, mejorando la capacidad funcional y el estado de ánimo.

Entre las técnicas cognitivo-conductuales útiles en FM están:

- Reconocimiento de reforzadores del dolor (tras un análisis funcional del mismo).
- Técnicas de relajación y desactivación generales (principalmente relajación progresiva de Jacobson y respiración diafragmática). En sí mismas obtienen una eficacia moderada a corto plazo.
- Planificación de actividades placenteras.
- Programación gradual de actividad física.
- Redistribución de refuerzos.
- Redefinición de objetivos, priorizando necesidades.
- Disminución de la autoexigencia.

- Reestructuración Cognitiva, entendiendo los efectos de los pensamientos, creencias y expectativas en la enfermedad y en los síntomas físicos.
- Entrenamiento en detectar y expresar funcionalmente las emociones básicas (tristeza, enfado, dolor, miedo, alegría, afecto y sorpresa). Fomento de la independencia emocional (Aroca et al., s.f.).

5.2 Marco Conceptual

5.2.1 Definición de términos básicos

Proceso: Se define básicamente como la acción de ir hacia delante o como un conjunto de fases sucesivas, ya sea de un fenómeno natural o de una operación artificial, cuya tendencia puede conducir es a dilucidar sobre una serie de hechos. En nuestro caso es la definición y descripción de las fases sucesivas que presenta el SFM que se pretende dilucidar.

Atención: Es la acción de atender eficazmente, con el fin de de aplicar especial cuidado de las acciones a realizar con los pacientes con el SFM.

Proceso de atención: Es la descripción especializada de las diferentes partes y fases que componen el SFM, con el fin de establecer sus componentes y los profesionales que se deben involucrar en su tratamiento, en este caso de manera conjunta el departamento de reumatología con el de psicología.

Paciente: Es la persona que es o va a ser reconocida médicamente. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. En nuestro caso, diagnosticados preliminarmente con SFM.

Fibromialgia: es un síndrome reumático crónico y no inflamatorio, cuya característica principal es de dolor generalizado, cansancio recurrente, trastornos de sueño, trastornos psicológicos y la presencia de puntos dolorosos en sitios específicos.

Atención a pacientes: Es un protocolo de pasos ordenados que señalan los objetivos, junto con la aplicación terapéutica, a fin de mejorar la calidad de atención de los pacientes. Establece las políticas de atención, el racionamiento adecuado de los recursos nuevos o disponibles, favorecen la certeza de los tratamientos y propone herramientas de diagnóstico adecuadas para cada realidad.

Depresión: Es un trastorno mental caracterizado por un descenso persistente del estado del ánimo, astenia o decaimiento e incapacidad de poder disfrutar de las actividades comunes.

Ansiedad: es un trastorno de la salud que implica síntomas de tipo psicológico, fisiológico y conductual. Se caracteriza principalmente por la sensación desagradable de aprehensión, temor difuso o miedo.

Escala autoaplicada de ansiedad de Zung: escala que se ajusta a nuestra realidad, Perú, que sirve para evaluar ansiedad, consta de 20 preguntas referidas a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo, habiendo sido aplicada en Perú por el Ps. Luis Avila Vera. (Anexo N° 2).

Escala autoaplicada de depresión de Zung: escala que se ajusta a nuestra realidad peruana, mide cuantitativamente la depresión, consta de 20 ítems que se refieren a características comunes y específicas de depresión, permitiendo establecer el resultado como no depresión, depresión leve, depresión moderada, y depresión severa, habiendo sido aplicada en Perú por el Ps. Luis Avila Vera. (Anexo N° 2).

Abordaje psicológico: intervención del departamento de psicología del hospital público que consta de:

- Historia clínica
- Antecedentes psicopatológicos personales y familiares.
- Evaluación de las conductas del dolor
- Evaluación y eficacia de las estrategias de afrontamiento del dolor
- Determinación del grado de ansiedad y depresión mediante la aplicación de la escala de Zung para ansiedad y depresión.
- Aplicación de terapias psicológicas para la disminución de la ansiedad, depresión y el dolor.

5.2.2 Ansiedad y Depresión

Los trastornos psicológicos forman una parte importante del SFM, tales como la ansiedad y depresión. Sin embargo, no se descarta a un pequeño porcentaje de pacientes que presenten también trastornos psiquiátricos relevantes.

Se pueden considerar por lo menos tres puntos de vista teóricos que intentan explicar la relación entre dolor y depresión:

1. La depresión causa dolor debido al incremento de la sensibilidad dolorosa o por un proceso de depresión enmascarada.
2. El dolor causa depresión debida a la carga y emocional y consecuencias del estrés físico.
3. El dolor y la depresión poseen las mismas vías fisiopatológicas.

CAPITULO VI. METODOLOGÍA

6.1 Hipótesis

Si se elabora una propuesta de atención con abordaje psicológico para pacientes, sustentada en la dinámica del proceso que tenga en cuenta el diagnóstico de reumatología con el psicológico, entonces se mejorará el tratamiento integrado de síndrome de fibromialgia, con abordaje psicológico, en un hospital público de la ciudad de Chiclayo.

6.2 Variables

Variable independiente: Propuesta de atención con abordaje psicológico.

Variable dependiente: Tratamiento integrado de síndrome de fibromialgia

6.2.1 Definición conceptual

Para el tratamiento integrado de síndrome de fibromialgia, el profesional sanitario debe animar al paciente a que adopte un papel más activo, hasta convertirse en el verdadero responsable del curso de su enfermedad. Pero para que ello sea posible, es fundamental dedicar tiempo a explicar la naturaleza de la enfermedad, la comorbilidad asociada, qué síntomas son atribuibles a la FM y cuáles no y, finalmente, cuál es el tratamiento aconsejado para ese caso en concreto. El tratamiento de la FM generalmente se basa en tres grandes

herramientas terapéuticas, el ejercicio físico, la medicación y el manejo de los aspectos psicológicos (Esteve-Vives y Romera, 2013).

6.2.2 Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Variable Independiente: Propuesta de atención con abordaje psicológico	Atención psicológica	Actitudes	Entrevista / Guía de preguntas
		Motivación	
		Estados de ánimo	
		Ansiedad	
		Depresión	
Variable Dependiente: Tratamiento integrado de síndrome de fibromialgia	Prevalencia	Número de casos antiguos y nuevos con diagnóstico de fibromialgia	Entrevista / Guía de preguntas
	Severidad	Fatiga	
		Sueño No Reparador	
		Trastornos Cognitivos	
		Número de síntomas marcados	

6.3 Metodología

6.3.1 Tipo de Estudios

En la presente investigación se aplicará un tipo de estudio descriptivo – propositivo.

Descriptivo

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) el estudio descriptivo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

Propositivo

Según Giler (s.f) el estudio descriptivo propositivo se caracteriza por generar conocimiento, a partir de la labor de cada uno de los integrantes de los grupos de investigación. Propende además por el desarrollo, el fortalecimiento y el mantenimiento de estos colectivos, con el fin de lograr altos niveles de productividad y alcanzar reconocimiento científico interno y externo. Así como las líneas de investigación de los grupos concuerdan con los ejes temáticos de la facultad, los proyectos que se desarrollan parten de ideas innovadoras enfocadas en forma inter y transdisciplinarias y de la necesidad de solucionar problemas pertinentes a nivel local y global.

6.3.2 Diseño

En este trabajo, el tipo de diseño de la investigación será: propositiva y queda representada en el siguiente esquema:

$$M \rightarrow O \rightarrow P \rightarrow Op.$$

Dónde:

M = Muestra.

O = Observación.

P = Propuesta.

Op = Observación Proyectiva

6.4 Población y muestra

Población

Población Diana: Pacientes con Fibromialgia procedentes de consulta de reumatología del hospital público de la ciudad de Chiclayo.

Población Accesible: Pacientes con Fibromialgia, que acudan a los servicios de reumatología del Hospital público de la ciudad de Chiclayo.

Población Elegible: Los pacientes casos y controles que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

A fin de establecer que los pacientes diagnosticados en reumatología con el SFM presentan trastornos psicológicos tales como la ansiedad y depresión, se hará el estudio de los pacientes derivados de reumatología a psicología. Esto aportará en la justificación de la elaboración de la atención con abordaje psicológico.

Muestra

Se hizo la muestra en pacientes procedentes de consulta en el departamento de reumatología, diagnosticados preliminarmente con SFM, del mismo hospital, durante el periodo julio del año 2015 a julio del 2016.

Se calculó en base a los datos epidemiológicos de depresión en pacientes con fibromialgia, de un meta análisis (Fietta, 2007) y de depresión en la población general de Lima metropolitana (Rondón, 2006).

En estos estudios refieren que la proporción de SFM con depresión fue de 50%, la proporción de depresión en la población de Lima metropolitana de 18.2%, con un nivel de confianza de 95%, potencia: 80%, proporción de casos y controles de 1/3, con ello el número de casos fue de 26 y el número de controles de 78.

En el contexto de esta investigación, se considerará una muestra de 14 pacientes atendidos durante el primer semestre del año 2016 a los cuales se les ha detectado que padecen del SFM.

Muestreo

La muestra de casos serán los pacientes con diagnóstico de fibromialgia, que cumplan los criterios de inclusión y que lleguen por consulta de reumatología.

La muestra de controles estará constituida por los pacientes que lleguen durante el mismo periodo de tiempo, con enfermedades agudas y sin presencia de enfermedad reumatológica con compromiso general.

Se establece que una muestra significativa será de 14 pacientes. No solamente para la aplicación del test, sino también para saber la cantidad de pacientes que fueron derivados al área de psicología y que realmente llegaron a dicha área. Esto último es otro de los problemas manifestados: que se derivan los pacientes a psicología, pero que no llegan por diversos prejuicios.

6.5 Método de investigación

Se hizo al personal de reumatología y psicología para saber cuál es el procedimiento actual que se aplica a pacientes con el SFM. Se estudiaron los documentos y estadísticas sobre los casos de atención precedentes a pacientes con SFM, acudiendo al departamento de estadística del mismo nosocomio.

6.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Existen diversos métodos para evaluar estados ansiosos y depresivos en pacientes ambulatorios, entre ellos podemos citar las escalas de Zung, que se adapta mejor a la realidad de nuestro país y que ha sido ampliamente utilizada entre ellos por el Ps. Luis Avila Vera de Psicólogos Fidedignos. La escala autoaplicada de ansiedad de Zung está compuesta por 20 ítems con posibilidad de puntuación de 1 a 4 ya sea de manera ascendente o descendente de acuerdo a la pregunta.

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad.

Fiabilidad: Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung.

La escala autoaplicada de Depresión de Zung está formada por 20 frases relacionadas con la depresión. Se aplicará la escala de depresión y ansiedad de Zung. Realizando las preguntas del test con cuatro posibles respuestas para cada ítem.

6.7 Métodos de Análisis de datos

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos (≥ 20 y ≤ 59 años cumplidos).
- Diagnóstico reciente del SFM por el departamento de reumatología.
- Diagnóstico previo de SFM con abandono de tratamiento farmacológico por más de un mes.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico de enfermedades propias de la columna vertebral, como lumbociática, escoliosis y similares.
- Diagnóstico previo de hipotiroidismo, diabetes mellitus (DM), enfermedades reumáticas como artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), polimiositis o dermatomiositis, enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).
- Trastornos psiquiátricos o psicológicos agudos, como por ejemplo esquizofrenia, parkinson, alzheimer.
- Idioma diferente al español.

PLAN DE PROCESAMIENTO PARA ANÁLISIS DE DATOS

Para obtener los datos se hizo una estrecha coordinación con Reumatología para que se haga la derivación eficaz de los pacientes diagnosticados previamente con el SFM. Luego, se aplicará la escala de Zung para ansiedad y depresión a cada uno de los pacientes.

Una vez en el departamento de psicología, se hizo el estudio correspondiente a cada paciente, sin excepción. Todos los días comienzan las consultas a las 7 de

la mañana prolongándose hasta promediar las 10 de la mañana, de lunes a sábado.

Los datos de los pacientes fueron tabulados de acuerdo a lo normado en la escala de Zung. En el caso de depresión, aplicando esta escala, y de acuerdo a sus índices, sobre un puntaje de 50 a 59 se califica como depresión leve moderada, de 60 a 69 depresión moderada intensa, 70 a más depresión intensa.

Para el caso de ansiedad los índices y puntajes son coincidentes, con los mismos valores, aunque derivados de un cuestionario o preguntas distintas.

APLICACIÓN DE PRINCIPIOS ÉTICOS

Se informó a los pacientes sobre la confidencialidad de su información y como será utilizada. Esto conlleva al respeto de los principios de la bioética personalista, tales como: se establece que se respetara la vida física, implicando que no se realizará ninguna intervención o modificación de las variables del individuo, la información a los pacientes derivados a psicología se obtendrá mediante la aplicación de un test de depresión y otro de ansiedad, y el resultado obtenido, así como otras variables clínicas y las epidemiológicas, serán de conocimiento solamente por los investigadores.

Se garantizó la confidencialidad, para evitar así perjuicio moral o material al paciente y/o sus familiares. Los antecedentes clínicos fueron los que manifestaron los pacientes y se registraron en la historia clínica, no se solicitó exámenes auxiliares o adicionales.

Se estableció que se respetará la dignidad de los pacientes, ya que los resultados de la investigación beneficiaran principalmente a los pacientes con fibromialgia y, los controles, con el despistaje de trastornos de ansiedad y depresión.

Se respetó el principio de libertad, puesto que la participación de los pacientes será voluntaria, previa aplicación de un consentimiento informado, donde se describe la finalidad del estudio y las implicancias que el desarrollo de este trae consigo.

Asimismo, el paciente pudo retirarse del estudio cuando lo decida, en este caso, por el principio de totalidad no estará implicado en el estudio.

CAPITULO VII. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1 Descripción

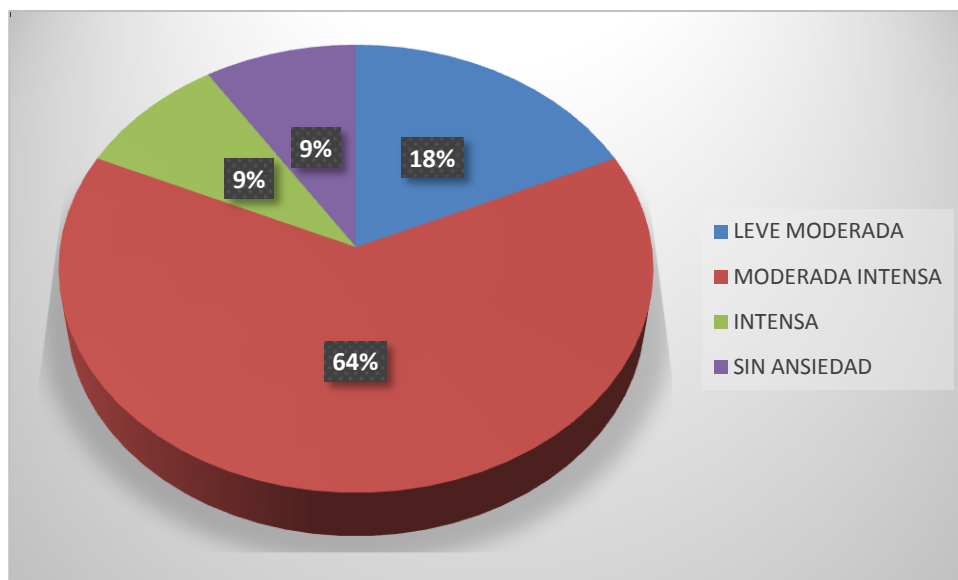


Figura 1. Pacientes con diferentes niveles de ansiedad.

Fuente: Resultados de la aplicación de la escala autoaplicada de Zung.

Interpretación: Se observó que el 91% de pacientes presentan ansiedad. De ellos el 18% es leve moderada, el 64% es moderada intensa y el 9% es intensa.

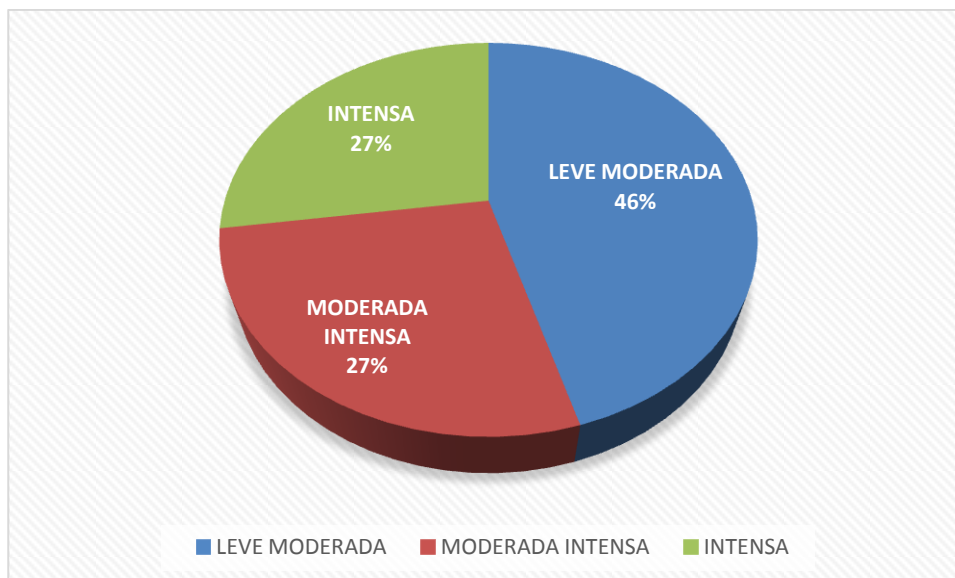


Figura 2. Pacientes con diferentes niveles de depresión.

Fuente: Resultados de la aplicación de la escala autoaplicada de Zung.

Interpretación: Se observó que el 100% de pacientes presentan depresión. De ellos el 46% es leve moderada, el 27% es moderada intensa y el 27% es intensa.

7.2 Discusión

Los resultados de la presente investigación, identificaron los altos niveles de ansiedad y depresión que se presentan en los pacientes con Síndrome de Fibromialgia y coinciden con los resultados del trabajo de Alvarado y Montenegro (2013), quienes manifestaron haber encontrado elevada frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes con Síndrome de Fibromialgia, en 3 centros asistenciales del Distrito de Chiclayo en el periodo 2011 – 2012, precisando que los factores asociados a tener SFM fueron: edad, ansiedad y el desempleo.

7.3 Construcción del aporte práctico

7.3.1 Introducción:

La estrategia para la atención con abordaje psicológico para pacientes con Síndrome de Fibromialgia, tiene en cuenta los aspectos organizativos propuestos por De Armas N., Lorences J. y Perdomo J. (2003) en su artículo “Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa”, lo cual se estructura en 6 etapas, a saber:

I. Introducción- Fundamentación. Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver. Ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia.

II. Diagnóstico- Indica el estado real del objeto y evidencia el problema en torno al cual gira y se desarrolla la estrategia.

III. Planteamiento del objetivo general.

IV. Planeación estratégica- Se definen metas u objetivos a corto y mediano plazo que permiten la transformación del objeto desde su estado real hasta el estado deseado. Planificación por etapas de las acciones, recursos, medios y métodos que corresponden a estos objetivos.

V. Instrumentación- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.

VI. Evaluación- Definición de los logros obstáculos que se han ido venciendo, valoración de la aproximación lograda al estado deseado.

En la estrategia integral participarán los departamentos de reumatología, psicología y los pacientes que sean diagnosticados con el SFM. En su esencia la estrategia responde a tres dimensiones básicas, que se manifiestan a corto, mediano y largo plazo y las acciones que se establecen para su cumplimiento.

A corto plazo se planificará debidamente para que todos los pacientes diagnosticados con el SFM lleguen al departamento de psicología de manera obligatoria. Igualmente se proporcionará un folleto informativo de qué es el SFM. Anexo N° 1.

En este departamento se aplicará a todos los pacientes la escala de Zung a efectos de determinar si tienen presentan depresión y/o ansiedad. Asimismo, el departamento de psicología puede evaluar tienen algún otro tipo de trastornos, como shock traumático, antecedentes familiares u otros que consideren necesarios.

A mediano plazo se establecerán los nexos entre el departamento de reumatología y psicología.

En el departamento de psicología se aplicará los conceptos diseñados en el abordaje psicológico, estableciéndose los criterios de la actitud del profesional, exploración de las vivencias actuales del paciente, conceptos sobre prevención y cambios de hábitos nocivos del paciente, buscar la mejor relación del paciente con los profesionales del hospital, establecer la realidad del hospital para en abordaje psicológico y de otras áreas relacionadas.

A largo plazo, se propone la aplicación de terapias de avanzada tales como la aplicación de acupuntura, prácticas de yoga, relajación, meditación, tai chi chuan y otros.

Mejias, A., (2013) en su tesis doctoral sobre la eficacia del Qi Gong (Chi Kung) en los tratamientos para la fibromialgia concluye:

1. La terapia QiGong y la terapia Fisioterapia son tratamientos no farmacológicos eficaces en la mujer con Fibromialgia, para mejorar su Calidad de Vida.

2. El QiGong mejora de forma significativa, más que la Fisioterapia, la Movilidad y la Calidad de Vida.
3. La Fisioterapia mejora de forma significativa, más que el Qi Gong, la Fuerza muscular, el Equilibrio y el trabajo muscular llevado a cabo en la Respiración de las mujeres con Fibromialgia.
4. Los resultados obtenidos nos avalan para continuar la investigación, profundizando en las diferentes técnicas empleadas y aumentando el tamaño de la muestra. (Mejias, A., 2013, p. 211)

Siendo que el Chi Kung es el arte ciencia madre de la medicina tradicional china, así como de las artes marciales, que incluye el tai chi chuan, acupuntura, meditación Chang y taoísta.

La acupuntura presenta alternativas de digitopuntura y auriculopuntura, cuyos puntos principales se explican en el anexo N° 3.

El yoga tiene posturas que mejoran la flexibilidad y mejoran el umbral del dolor.

A pesar de la incidencia que presenta dicha afección, aún no se ha determinado un patrón de tratamiento con una mejoría realmente significativa del sujeto, no resultando un tratamiento paliativo de los síntomas a corto plazo, ya que estamos frente a una enfermedad con un problema de sensibilización central. Un tratamiento basado en el Yoga muestra una reducción significativa de las variables clínicas y biopsicosociales como son el dolor, la depresión y la ansiedad, mostrando un aumento del bienestar y la calidad de vida de los pacientes a corto y medio plazo, siendo una alternativa de tratamiento fisioterápico como parte de un tratamiento multidisciplinar. Podemos concluir, por tanto, a pesar de las limitaciones propuestas anteriormente, que el tratamiento del Yoga como parte de un tratamiento multidisciplinar proporciona un abordaje efectivo desde el

punto de vista del dolor, la calidad de vida y el bienestar frente a otros tratamientos. Es todavía pronto para llegar a una conclusión acerca de la efectividad de Yoga para personas que padecen fibromialgia. Rigurosos nuevos diseños de estudio son necesarios para evaluar la efectividad del Yoga como terapia alternativa y complementaria en el tratamiento de la fibromialgia. (Nager, V., Oviedo, M., Bueno, J., Munguía, D., 2014, p. 43-44)

Se recomienda la relajación progresiva de Jacobson que consiste en tensar y relajar diversas zonas del cuerpo y que es de aplicación en diversas terapias psicológicas.

En la búsqueda de formas más integrales de tratamiento se propuso realizar una intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual y evaluar su efectividad. Esta intervención se estructuró como un taller grupal breve de ocho sesiones dirigido a mujeres diagnosticadas con Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo.

Las técnicas utilizadas fueron; relajación progresiva de Jacobson, ensayo conductual, reestructuración cognitiva, técnica de resolución de problemas, entrenamiento en asertividad e imaginaria.

El análisis estadístico de los resultados permitió concluir con un $p < 0.004$ que el taller aplicado fue efectivo en la reducción de la sintomatología presente en Trastorno Mixto Ansioso - Depresivo. Es decir, tanto los síntomas ansiosos como depresivos disminuyeron tanto en las evaluaciones pre, post test, como en las comparaciones con el grupo control. (Vera, P., 2004, p. 7)

La estrategia debe converger en integrar las diferentes áreas del hospital público contribuyendo igualmente a la atención integrada con calidad. No

solamente en que el personal sea idóneo, sino que debe trabajar de manera articulada con todos los departamentos y equipamiento disponibles.

Esta posición se justifica porque se supone que lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como "buena" atención médica. Las estimaciones se fundan en consideraciones como el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de la información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas; la justificación del diagnóstico y el tratamiento; la competencia técnica en la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluso los quirúrgicos; las pruebas del manejo preventivo del paciente en condiciones de salud y de enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención; el grado en que la atención resulta aceptable para el destinatario y muchas otras. Este enfoque requiere que se especifiquen con gran detenimiento las dimensiones, los valores y las normas que se usarán en la evaluación. Las estimaciones de la calidad obtenidas sobre esta base son menos estables y definitivas que las derivadas de la medición de los resultados.

Donabedian, A., 2001

La estrategia planteada deberá contribuir a la capacitación del personal, a mejorar la interacción entre los diversos departamentos involucrados en el tratamiento integrado del SFM.

Las acciones a ejecutar serán a corto, mediano y largo plazo y permitirá la transformación de los modos de actuación ante el SFM a fin de conseguir en un tiempo concreto los objetivos comprometidos con la terapia integral propuesta.

El modelo será integrador y a la vez de promoción de la mayor parte de factores involucrados. Para la estructuración de la estrategia y su elaboración se tomaron como base las experiencias en diversos centros hospitalarios de otros

países, así como los fundamentos médicos, psicológicos y de rehabilitación existentes, que tratados científicamente vienen siendo los tratamientos a elegir en la actualidad.

7.3.2 Premisas

Contribuir a la mejor atención y eficacia de las terapias, partiendo de un mejor diagnóstico, que permita focalizar la raíz principal u origen de las patologías psicológicas, reumatológicas, energéticas o de otra índole, de tal manera que se determine cada caso en particular, ya que el SFM debe tener una atención hospitalaria de acuerdo a cada caso en particular.

Asimismo, difundir con mayor profundidad el SFM tanto en el hospital público estudiado como en la ciudad de Chiclayo que las terapias son multi modales y que deben incluir también a la familia.

Es importante que los profesionales de enfermería tomen conciencia de las repercusiones negativas que tiene la Fibromialgia en las vidas de las pacientes, de la necesidad de una formación adecuada para prestar unos cuidados integrales que favorezcan los autocuidados y el bienestar de las afectadas, teniendo presentes sus necesidades. (Carrasco M., Jimenez C., 2015, p. 3)

Será muy importante hacer el diagnóstico precoz, tanto reumatológico como psicológico, ya que si el SFM se prolonga en el tiempo será más difícil y oneroso el tratamiento.

Por lo que se hace necesario orientar a los diferentes departamentos implicados, así como a los pacientes las formas más recurrentes y sencillas de diagnosticarlo preliminarmente, debiendo ser confirmado por los médicos y psicólogos. Esto debe hacerse antes que se convierta en SFM de larga evolución y hasta con severos signos de incapacidad.

Igualmente, fomentar tanto la atención como la auto atención de cada paciente. Los pacientes pueden auto aplicarse masajes, reflexología, puntos de digitopuntura, hacer ejercicios aeróbicos, prácticas de yoga, chi kung, tai chi chuan entre otros.

Incluir a las diversas áreas relacionadas, tales como:

- Reumatológico
- Psicológico cognitivo
- Psicológico de avanzada
- Rehabilitación física
- Terapia de dolor

Los pacientes con SFM vienen siendo atendidos por el departamento de reumatología y medicina interna, del hospital público los mismos que son derivados al departamento de psicología, sin embargo, los pacientes no acuden al departamento de psicología, ya que no se ha establecido la obligatoriedad ni el protocolo de atención, no acudiendo de manera obligatoria o comprobable.

Existen diversas barreras o falta de información tanto los pacientes como en la forma de integrar el diagnóstico para los pacientes con SFM.

Igualmente, actualmente no se establece el grado de trastornos psicológicos que pueden tener los pacientes, lo que hace incompleto el tratamiento, trayendo consigo el menor aprovechamiento de los recursos que posee el hospital público.

No existe un protocolo de atención integral que integre a todos los pacientes que son derivados del departamento de reumatología y medicina interna al departamento de psicología y a otros departamentos del hospital.

En las diversas investigaciones presentadas se establece que el factor psicológico se encuentra presente en la mayor parte de los pacientes con SFM y este factor es relevante para el tratamiento exitoso, con menores recursos y en menor tiempo.

Asimismo, en las distintas áreas o departamentos en el hospital público de la ciudad de Chiclayo, no existe un aporte de conocimientos del SFM para que este no sea tratado solamente desde el punto de vista de dolores musculares.

Al no ser tratados los pacientes con SFM en el departamento de psicología, tanto presencialmente como en su entorno familiar, de forma paralela a lo reumático, las terapias no solamente se prolongarán por mucho mayor tiempo, sino también que devendrá en la utilización de mayores recursos tanto de profesionales, personal auxiliar, equipos, laboratorios, medicamentos y por ende económicamente.

El paciente no es diagnosticado integralmente contribuyendo a la desinformación y desorientación, pudiendo precipitar en terapias muy largas en el tiempo, que deriven en desánimo y que luego sean abandonadas y conviva con los dolores, fatiga, ansiedad, depresión, trastornos de sueño y otros, prolongando la mala calidad de vida, afectando no solamente al paciente sino a toda la familia.

Muchos pacientes con SFM son considerados incurables por medio de fármacos, por lo que se hace necesario establecer una estrategia integral de atención, vale decir un tratamiento sinérgico y holístico con la intervención de otras especialidades a disposición en el hospital público.

Ello sumado a que no se han establecido alguna prueba de laboratorio, rayos X, ecografía u otros que diagnostiquen fehacientemente el SFM.

Es necesario determinar cuáles pacientes presentan ansiedad, depresión u otros trastornos psicológicos. Una vez determinado se podrá focalizar la terapéutica más cercana a cada paciente en particular y que ésta sea integral.

Se debe explicar al paciente de manera sucinta, clara y precisa, que es el SFM y las implicancias psicológicas que tiene este síndrome. Muchos pacientes rechazan el área de psicología por temor a ser calificados con trastornos mentales, mas debido a la falta de información adecuada y a tiempo.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características del síndrome, dándole las expectativas de su remisión, explicando su evolución y sin faltar a la realidad.

Esto derivará en aportar expectativas positivas para el paciente y su familia, desde el comienzo, buscando asimismo la participación familiar.

Se debe considerar un abordaje integral y holístico, que incluirá un mejor tratamiento partiendo de la mayor comprensión del SFM, que hasta nuestros días se sigue debatiendo sobre la eficacia de los diversos tratamientos que se hacen en diversos países del mundo.

Holísticamente las sumas de las partes tienen un significado diferente a la aplicación de cada parte, debiendo procurarse que la suma tenga un efecto sinérgico, es decir que el todo tenga un efecto superior.

Partiendo de los agujeros epistemológicos que dan entrada a su abordaje desde los estudios humanísticos, apelar a la reflexión filosófica es imprescindible si nuestra intención es alcanzar una mayor comprensión de este fenómeno que sigue ocasionando discusiones al interior de los círculos científicos. Por otra parte, la fibromialgia tampoco puede entenderse separada de la cultura en la que ha emergido, sobre todo si reconocemos su condición histórica. De ahí que

apelar a la filosofía no se limite a analizar los planos ontológico y epistemológico propios de la construcción del concepto, sino que invite a profundizar sobre las implicaciones consecuentes.

Fibromialgia es el nombre de una etiqueta diagnóstica que condensa el sufrimiento de muchos sujetos en la actualidad, en su gran mayoría mujeres. Se manifiesta a través de intensos dolores extendidos en el cuerpo y acompañados de otros síntomas como la fatiga y los trastornos del sueño. Es a la vez un síndrome propio de nuestro momento histórico que devela la posición de la ciencia ante ciertas afecciones o manifestaciones corporales que no cuentan con causas conocidas o bien delimitadas. En la era de los laboratorios y análisis químicos, la biología molecular y la tomografía axial computarizada, el que la causa de una dolencia permanezca invisible para esta maquinaria es ya un problema que merece interés. (Martinez M., 2011)

7.3.3. Objetivo general

Contribuir a la mejor atención de los pacientes con la mayor coordinación entre los diversos departamentos de este nosocomio, partiendo con dos departamentos: reumatología y psicología; optimizar los recursos del hospital público y elevar las expectativas y prestigio del hospital referido.

Incrementar el conocimiento del SFM tanto en los pacientes como en el personal involucrado en este tipo de patologías.

Establecer que el departamento de psicología se encuentra directamente relacionado con el tratamiento del SFM.

7.3.4 Planeación estratégica:

Se definen metas y objetivos a corto y mediano plazo que permitan la transformación del objeto desde su estado real hasta el estado deseado. Planificación por etapas de las acciones, recursos, medios y métodos que corresponden a estos objetivos.

La estrategia de atención integral para pacientes con SFM, contará con las acciones correspondientes para la puesta en marcha de la atención integral, estas acciones a ejecutar harán una realidad la transformación propuesta, procurando que sea extensible a otros hospitales con similares características. Se hace necesario identificar los aspectos o dificultades que tienen los pacientes para acudir al departamento de psicología.

Entre los aspectos principales se tomará en cuenta los siguientes criterios:

- Seleccionar el procedimiento o patología con gran variabilidad en la práctica clínica.
 - Definir los estándares de días de estancia y uso de tests y tratamientos.
 - Examinar las interrelaciones entre distintas etapas del proceso y coordinar y limitar el tiempo de cada etapa del proceso al mínimo.
 - Facilitar al staff del hospital el plan asistencial que muestre el papel de cada profesional en cada una de las partes del proceso.
 - Proveer de un cuadro para la recogida de datos en el proceso de atención al paciente que muestre la frecuencia y qué pacientes no han seguido el plan terapéutico definido en la vía clínica.
 - Disminuir el número de informes y papeles en el proceso asistencial.
 - Mejorar la satisfacción de los pacientes a través de la información de pacientes y familiares del plan terapéutico definido por la vía clínica.
- (Bonafon X., 2002, p. 91)

La estrategia inicial a aplicar es coordinar con el departamento de reumatología para que deriven a todos los pacientes diagnosticados como casos de SFM, al departamento de psicología, estableciendo una dinámica de atención coherente con la sintomatología correspondiente.

En el departamento de psicología se aplicarán a los pacientes la escala de autovaloración de Zung con el objetivo de precisar el grado de ansiedad y depresión que pueden tener los pacientes derivados.

Este grado de ansiedad y/o depresión contribuirá a precisar las terapias integradas que se le hará a cada paciente, quienes una vez diagnosticados psicológicamente, se establecerán las recomendaciones a seguir de manera holística con los otros departamentos relacionados tales como las terapias de avanzada, terapias contra el dolor, frecuencia de las terapias psicológicas y otros, de manera paralela.

Estas recomendaciones se le harán llegar al departamento de reumatología, quienes son los que decidirán las terapias sinérgicas más indicadas incluido la prescripción de medicamentos, potenciando en primer lugar el mayor conocimiento del SFM que no viene siendo considerado el factor psicológico con la relevancia que debe tener.

Sin embargo, las terapias psicológicas, independientemente de lo que disponga el departamento de reumatología, debe comenzar las terapias correspondientes a fin de establecer los probables orígenes en un shock traumático.

Respecto a los estudios empíricos, 2 son de diseño transversal. En ambos se aborda el estrés partiendo de la definición del síndrome de estrés postraumático (PTSD), trastorno psicológico y de ansiedad que sobreviene como consecuencia a la exposición a un evento traumático (13-14). En el primero, se realizó una encuesta 6 meses después de los atentados terroristas del 11S en EE.UU, y se halló que los sujetos que

presenciaron este suceso y estuvieron más cerca del mismo tenían una prevalencia mayor de FM que la población que no tuvo estas condiciones, sic. (Restrepo J.C., Ronda E., Vives C., Gil D., 2009, p. 668)

Se tiene que tomar en cuenta que los factores predisponentes son reales y puede provenir del pasado. La relación del SFM con traumas antiguos pueden tener consecuencias posteriores.

Algunos grupos de pacientes tienen una serie de factores comunes que pudieran actuar como predisponentes para la aparición de la FM. Tal es el caso de antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia o trastorno de ansiedad, estos últimos con una base genética claramente demostrada. Aunque se ha intentado demostrar la existencia de una personalidad bien definida en los pacientes con FM, los estudios no han sido concluyentes.

En muchos pacientes el cuadro clínico de la FM aparece de forma brusca después de algunos acontecimientos: accidentes de tráfico, infecciones, cirugías mayores y, en general, las situaciones de estrés postraumático, tanto de índole físico como psicológico. El estrés laboral puede contribuir a la aparición de la FM. (Rivera, J. et al. 2006, p. 56)

Esto permitirá que el departamento de psicología posea mayor relevancia en el tratamiento del SFM del que hasta el momento no se ha tenido en el hospital público conduciendo a una estrategia integral de atención.

Una vez establecida la ansiedad y depresión de todos los pacientes derivados por el departamento de reumatología al de psicología se tendrá mayor objetividad en el tratamiento.

Los trastornos de ansiedad en los modelos actuales se relacionan estructuralmente con el sistema límbico coordinado por la amígdala (a través de receptores noradrenérgicos, benzodiazepínicos y serotoninérgicos) y el locus ceruleus (que puede tener un efecto inhibitorio por receptores GABA-benzodiazepínicos y serotoninérgicos y un efecto activador por el péptido intestinal vasoactivo, la CRH, la sustancia P y la acetilcolina). La desregulación de la neurotransmisión inhibitoria GABA y la hiperactivación del sistema noradrenérgico se ha documentado en varios trastornos de ansiedad. La hiperactividad del sistema límbico observada en los trastornos de ansiedad podría ser el resultado de un proceso de disminución de neurotransmisión inhibitoria (γ -aminobutírico-ácido GABA), de un proceso de aumento de la neurotransmisión excitatoria (glutamato), o de una combinación de estos dos procesos.

En los cuadros depresivos se postula asimismo una relación fisiológica con el sistema límbico, la corteza prefrontal ventromedial y temporal, partes de la corteza parietal inferior, el tálamo y áreas ventrales de los ganglios basales y del mesencéfalo. A nivel bioquímico la complejidad del cuadro mantiene abierta numerosas hipótesis implicando en su patogenia a las monoaminas, serotonina, norepinefrina y dopamina, a los neurotransmisores glutamatos (excitatorio) y GABA (inhibitorio), al estrés (disfunción del eje HPA), al sistema inmunológico a través de las citocinas proinflamatorias y al Factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). En pacientes con depresión como hemos comentado se ha encontrado la existencia de un perfil bioquímico a nivel endocrino e inmunológico similar al observado en el estrés. De hecho hay datos de que el estrés puede jugar un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos depresivos. En este sentido, se ha señalado que los glucocorticoides se encuentran entre los principales mediadores de los efectos inmunosupresores generados por los estresores, pudiendo

ejercer también su acción en el cerebro atravesando la barrera hematoencefálica.

En la actualidad se asume que el estrés, la depresión y la inflamación son procesos capaces de activar y modificar el equilibrio sistémico de las citocinas proinflamatorias que independientemente de su origen, correlacionan con cambios cuantitativos en los niveles de Noradrenalina, Serotonina, Dopamina, Cortisol, Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) y Corticotropina (ACTH), de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) y de la actividad de las llamadas Células Asesinas Naturales. (Sánchez, P., Sánchez, J., de Lamo, M., Peiró, G. 2014, p. 60-61)

La unión de los departamentos de reumatología y psicología, constituirá la sinergia necesaria para el tratamiento integral de los pacientes con SFM, que a su vez racionalizará con mayor eficiencia los recursos del hospital público, así como se obtendrá mejores resultados tanto en menor tiempo como la disminución de medicamentos y terapias musculares, para los pacientes que acuden diariamente a este nosocomio.

Se entenderá mucho mejor cada caso, dependiendo de los probables orígenes del SFM en cada paciente, haciendo personalizada la atención, que siempre es mejor que una atención con un diagnóstico único y no holístico.

7.3.4.1 Etapas de planificación:

Etapa 1: Información adecuada del SFM

Esta estrategia ayudará a implementar con mayor prontitud la atención integral a pacientes con el SFM.

Partiendo de la difusión del día internacional de la fibromialgia establecido el día 12 de mayo de cada año en honor a Florence Nightingale, enfermera, escritora y estadística británica nacida el 12 de mayo de 1820.

Asimismo, haciendo de conocimiento que la fibromialgia fue reconocida por la OMS desde el año 1992.

Hay varios factores que complican la tarea de informar y educar correctamente. La persona con FM suele presentar una sintomatología compleja y desea respuestas a muchas cuestiones. Los medios de comunicación (revistas, periódicos, televisión, internet...) han provocado un aumento del interés hacia la FM. Sin embargo, con frecuencia también han contribuido a crear confusión con afirmaciones pseudocientíficas o carentes de rigor.

Los tres elementos claves para dar una información adecuada son: 1) dedicar el tiempo suficiente por parte del profesional sanitario; 2) tener claros cuáles son los principales mensajes o contenidos que hay que transmitir. Si el paciente desea más información hay que facilitarles acceso a fuentes de información contrastada y de calidad; y 3) utilizar estrategias eficaces de comunicación.

El paciente debe ser informado desde el principio sobre las características de la FM, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y potenciando su colaboración con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría. Es aconsejable en muchos casos informar e incluir en este proceso, si el afectado así lo quiere, a la familia, especialmente a la pareja. (Collado, A. et al., 2009, p. 36)

En el manual de clasificación internacional de enfermedades CIE-10 aparece en el capítulo XIII con el código M79.7 con la denominación específica de fibromialgia.

Hacer folletos explicativos para el paciente, de las implicancias multidisciplinarias que tiene el SFM, así como las diversas terapias que se aplican.

Establecer una clasificación de los pacientes de acuerdo a los siguientes criterios:

- Pacientes con SFM con depresión.
- Pacientes con SFM con ansiedad.
- Pacientes con SFM con ansiedad y depresión.
- Pacientes con SFM con algún trastorno psicológico diferente a ansiedad o depresión.
- Pacientes con SFM sin trastornos psicológicos.

Los pacientes que no tienen ninguna relación con trastornos de tipo psicológico o psiquiátrico deberán hacerse terapias establecidas por el departamento de reumatología.

Etapa 2: Capacitación del personal.

Capacitar al personal implicado no es tarea fácil, implica recursos, tiempo e interés por parte de todas las áreas involucradas.

Sin embargo, los resultados serán siempre relevantes en términos de mejor calidad de vida de los pacientes, menores pérdidas por descansos médicos en las diferentes empresas, mejor interacción familiar, lo que se traduce en mejores condiciones de vida en el país.

Esto repercute igualmente en el prestigio de los centros hospitalarios y la percepción que de ellos se tiene en la comunidad, contribuyendo significativamente a la paz social.

Las pacientes no comprenden cómo tardan tanto tiempo en ser diagnosticadas. Cuando conocen la existencia de las consultas Multidisciplinares de Fibromialgia y Fatiga Crónica de la Sanidad Pública en Barcelona, creen que es una injusticia porque se producen desigualdades en la atención, algo de lo que son conscientes, solamente, cuando conocen y comparan otras realidades. (Carrasco M., 2015, p. 3)

Esta etapa es relevante y se recomienda la programación de un curso de capacitación virtual o presencial, o talleres, con la debida certificación y participación.

Esto preparará adecuadamente a todo el personal involucrado que podría ser un programa a ser transferido a otros centros hospitalarios del país o del mundo.

En esta etapa se seleccionará las partes más importantes de la capacitación y estará a cargo de los departamentos de reumatología y psicología, quienes establecerán un trabajo articulado y que fomente una cultura tanto investigativa como terapéutica aplicada específica para el SFM.

Acciones:

- Curso o talleres de capacitación
- Integración de contenidos con una visión interdisciplinar y con criterio científica de los problemas tanto profesionales como de los pacientes.

Ejecutores: Departamento de Reumatología y Psicología.

Etapa 3: Ansiedad y depresión.

Se aplicará encuestas a todos los pacientes diagnosticados preliminarmente con el SFM, que hayan sido derivados por el departamento de Reumatología, medicina interna o relacionados, de acuerdo a los criterios de inclusión previamente determinados.

Estas encuestas y la escala de Zung han sido evaluadas estadísticamente a fin de establecer la incidencia de la ansiedad y depresión en los pacientes con SFM, que permitirá establecer las diversas formas de tratamiento, así como aplicar terapias de tipo psicológica con mayor criterio o derivarlas a los otros departamentos del hospital público, coordinando con el departamento de reumatología o medicina interna.

La utilización de estos recursos propiciará el uso de la crítica, la reflexión científica, conclusiones, justificación, la fundamentación, como operaciones cognitivas para la sistematización científica de la cultura del objeto de estudio.

Las acciones principales a seguir son:

- Seleccionar poblaciones y muestras
- Elaborar instrumentos de investigación.
- Aplicar los instrumentos de investigación.
- Recopilar, analizar, interpretar la información existente acerca del objeto de investigación.
- Determinar el procesamiento estadístico adecuado.
- Procesar los datos obtenidos e interpretar los resultados desde el punto de vista estadístico y del contexto del objeto de investigación.
- Emitir juicios valorativos sobre los resultados obtenidos.
- Establecer nexos teóricos entre antecedentes y resultados.
- Contribuir con propuestas de mejoramiento en los entornos objeto de estudio.
- Diseñar, desarrollar e implementar la propuesta que resuelve el problema.

- Elaborar la documentación necesaria para la implementación y uso de la propuesta creada.

Responsable: Maestrante.

Fecha: Permanente.

7.3.5 Instrumentación:

Se requiere para la instrumentación de esta estrategia tener presente los siguientes aspectos:

- Se aplicará en la estrategia integral de atención para pacientes de SFM a todos los pacientes derivados al departamento de psicología que cumplan los criterios de inclusión.
- Se desarrollará en el marco de la planificación previamente concebida, del proceso de integración propuesto.
- En el área de reumatología participó personal médico quienes evaluaron de acuerdo a los criterios establecidos para diagnosticar el SFM.
- En el área de psicología, participación de psicólogos debidamente informados acerca del SFM.
- Se tomará en cuenta la preparación realizada a la familia de los pacientes, y psicólogos participantes.
- Para el primer análisis el maestrante ha aplicado las escalas de Zung a los pacientes del año 2016, derivados para el estudio respectivo.
- Para futuros diagnósticos se puede aplicar tanto la escala de Zung como el Inventario de depresión de Beck.

7.3.6 Determinación de los criterios de evaluación

Las etapas previamente diseñadas se aplicaron de acuerdo a lo planificado, tanto en las actividades como en los tiempos programados.

Se tuvo la colaboración de personal del hospital público y con conocimiento suficiente del SFM, así como los criterios de evaluación.

Tanto el área de reumatología y psicología, tuvieron la colaboración requerida, de acuerdo a las instrucciones emanadas por el área de capacitación y la dirección general del hospital público

En primer lugar se pudo comprobar que por lo menos el 50% de pacientes diagnosticados con el Síndrome de Fibromialgia fueron derivados para aplicar las escalas de Zung.

Se aplicaron los tests, escalas de Zung y encuestas a 14 pacientes derivados del área de reumatología. Estas estuvieron a cargo del maestrante.

Los tests, escalas de Zung y encuestas respectivas dieron como resultados promedios cercanos a las experiencias habidas en la localidad de Chiclayo, que implica que los pacientes presentan trastornos de ansiedad y depresión en un número relevante, por lo que el área de psicología tiene una función importante en el tratamiento integral del SFM.

Asimismo, que el factor psicológico se encuentra presente de manera importante, lo que implica un mejor tratamiento de acuerdo a los estándares internacionales.

Igualmente, el diseño de presente tesis, por su practicidad, resulta aplicable a otros centros hospitalarios del país.

7.3.7 Propuesta de abordaje en el departamento de psicología del hospital público

Entrevista y terapias a aplicar para el departamento de psicología clínica para pacientes con SFM

Es necesario tratar con la debida calma a los pacientes con SFM, ya que suelen tener esta enfermedad por varios meses e inclusive años y muchos se consideran inválidos para muchas actividades cotidianas. La psicología es parte esencial en el tratamiento y no se debe desanimar al paciente para que continúe las terapias hasta mejorar su calidad de vida. Por ejemplo: mencionando que su enfermedad es incurable. En esto es muy importante la motivación que se le pueda imprimir en la primera entrevista y continuarla en las siguientes.

Perfil adecuado del profesional

- Debe mostrarse conocedor del SFM y tratar de manera respetuosa al paciente, logrando que se sienta acogido y que se encuentra en manos de un profesional bien informado.
- La empatía es muy importante. Si se logró simpatía en la primera parte, la empatía le demostrará que se comparte sus sentimientos.
 - La entrevista debe ser pausada, dejar hablar al paciente, sin apuros, pero tampoco sin demoras innecesarias, debiendo irse al tema principal lo más pronto y de manera resumida. Igualmente, entregarle el folleto del anexo N° 1 para que lo revise en su hogar.
 - No avasallar al paciente ni mostrarse como su salvador, sino explicarle que a medida que avance en las terapias se irá sintiendo mejor cada vez.

Preguntas al paciente:

Explorar los síntomas y las vivencias que ocasiona en el paciente

- Es importante saber la idea que tiene el paciente sobre el origen de su enfermedad, ya que frecuentemente comienza derivado de un shock traumático personal, familiar y hasta noticioso. Esta información permitirá focalizar mucho mejor el tipo de terapia necesaria. Igualmente, luego del probable origen preguntarle que otros agentes existen personalmente y en su entorno que hacen que a su criterio no pueda sanarse.
- ¿Tiene miedos, fobias, trastornos obsesivos?
- ¿Cuáles son sus principales preocupaciones?
- ¿Cuáles actividades está impedido de hacer normalmente y qué antes realizaba?
- ¿Qué esperanzas o expectativas tiene con respecto a la atención en el hospital?
- ¿Conoce el caso de alguna persona con síntomas similares en otro centro de salud?

Se le debe explicar las limitaciones o no del hospital y que las terapias corresponden a un trabajo conjunto entre los profesionales y el paciente, debiendo tomar con seriedad y constancia las terapias.

Intervención amplia al paciente

Es una labor muy importante del departamento de psicología a fin de añadir entre sus datos su entorno familiar, social, cultural, trabajo, aficiones y otros que se estime pertinentes. El SFM puede desarrollarse negativamente en entornos adversos.

Participación del paciente

Es conveniente que el paciente sea consciente de su entorno adverso y se aleje de éstos lo mayor posible. Explicarle que si persisten los agentes externos nocivos la curación

resultará con mayores dificultades y demoras.

Explicarle igualmente que sin el binomio profesionales de la salud y paciente sus terapias no tendrán los mismos resultados y debe aceptar su responsabilidad de manera compartida. Debe ser consciente de su enfermedad y que, así como es difícil su curación también existe la esperanza cierta de mejorar su calidad de vida si cumple las indicaciones.

Terapias recomendadas:

A pesar de desconocerse los mecanismos exactos del SFM, se ha avanzado mucho en la parte terapéutica y también se ha comprendido que el estado emocional tiene un factor importante para el tratamiento eficaz en menor tiempo.

Definitivamente no debe descartarse la ansiedad, depresión, trastornos del sueño y los mecanismos de condicionamiento que establecen diversas conductas aprendidas e inadecuadas que se deben detectar y mejorar. Sobre todo, se deben detectar las vulnerabilidades que tienen los pacientes y cada uno es un caso diferente a otro, por lo se pueden establecer algunas generalidades comunes y algunos aspectos particulares que deben ser establecidos.

Así pues, en las últimas décadas se han desarrollado varios modelos explicativos del dolor crónico que incluyen aspectos psicológicos en sus determinantes. Más allá de explicaciones simbólicas carentes de apoyo científico y de dudosas equivalencias con los síndromes depresivos, el primer modelo psicológico solvente, es el conductual operante de Fordyce i cols. (1968 y 1976). En breve, el modelo conductual operante del dolor crónico sostiene que cabe diferenciar entre la causa del dolor y las expresiones y conductas que comporta.

Éstas son aprendidas y, por tanto, sujetas a los mismos mecanismos de condicionamiento y susceptibles de modificación en la misma medida

que cualquier otra conducta. A pesar de su eficacia (American Psychological Association, 1993; Morley, Eccleston i Williams, 1999), el tratamiento operante del dolor crónico adolece de ciertas lagunas teóricas y limitaciones terapéuticas (Paulsen y Altmaier, 1995).

El modelo cognitivo conductual debe ser efectivo y llevar una ayuda real al paciente. Las reacciones esperadas debe ser de una respuesta terapéutica eficaz.

El actual modelo cognitivo-conductual del dolor crónico propone que los problemas debidos al dolor crónico provienen del tipo de reacción que genera. Estas reacciones incluyen todo tipo de cogniciones, emociones y conductas. Es decir, las consecuencias del dolor crónico (incluida la respuesta terapéutica), no dependen necesariamente de forma directa y proporcionada de la actividad sensorial. Por ejemplo, la persistencia del dolor a pesar de repetidas estrategias terapéuticas puede propiciar el desarrollo de un estado de indefensión aprendida que conlleve la conclusión de que cualquier intento de afrontamiento (incluida la intervención médica) será inefectivo y que, por tanto, genere inhibición de la conducta, cogniciones de desesperanza y un estado emocional depresivo. (Collado, A., et al, p. 16-17)

Por lo tanto, se debe perseguir la modificación del estado emocional, de la conducta y también detectar a tiempo algunas creencias o formas culturales que sean nocivas. Esto incrementará el mejor desarrollo y desenvolvimiento del paciente tanto en su hogar, trabajo y medio social en el que habita.

El tratamiento del SFM implica tratamientos multidisciplinarios, dependiendo tanto del propio paciente como de su entorno y debe recomendarse el ejercicio físico habitual, tai chi chuan, ejercicios aeróbicos, la valorización psicológica y psiquiátrica, el biofeedback y otras técnicas de relajación, la acupuntura, yoga, electroterapia, magnetoterapia, masajes y otros. Estas técnicas se deben recomendar y monitorear en la mayor parte de lo posible. Mientras más disciplinas

o terapias se sumen la efectividad será mayor.

En estos pacientes interesa actuar de forma concomitante sobre otros factores: conductuales, de sobrecarga, eliminar la aparición de factores exógenos como frío, humedad, sobrecargas posicionales y situaciones de estrés, siendo las técnicas más empleadas en combinación con los fármacos las siguientes: ejercicio físico, valoración psiquiátrica, electromiografía (EMG) *biofeedback*, programas de modificación del comportamiento, terapia cognitivo-conductual, acupuntura, infiltración de los puntos dolorosos. (Villanueva, V. et al, 2004, p. 440)

La labor terapéutica debe ser lo más completa posible. Los casos de fibromialgia son numerosos y es sorprendente que en el hospital público en estudio, el número sea muy reducido. De las personas entrevistadas el 90% refiere que no ha sentido mejoría significativa derivada de su tratamiento en el hospital. Es muy probable que incrementando la participación del departamento de psicología, el hospital adquiera relevancia regional y los pacientes acudan por recomendación y efectividad.

Una intervención psicológica completa debe incluir tres aspectos:

a) Programas de modificación del comportamiento, dirigidos a aumentar el nivel funcional para las tareas cotidianas, mediante técnicas basadas en el condicionamiento operante, utilizando el control de los estímulos ambientales y la supresión de los reforzadores del dolor. Aunque estos programas requieren personal experto en este tipo de abordaje, es imprescindible educar a las familias para que puedan actuar de forma eficaz como coterapeutas.

b) Terapia cognitiva-conductual. En el grupo de estrategias terapéuticas cognitivas deben incluirse técnicas de distracción y de transformación imaginativa del dolor y del contexto, así como técnicas de reestructuración cognitiva enfocadas a modificar las creencias y las atribuciones negativas sobre el dolor (por ej. la

catastrofización) y a promover la eliminación de las estrategias de afrontamiento no adaptativas (por ej. la evitación de determinadas actividades o la utilización innecesaria de conductas de seguridad).

La terapia cognitivo-conductual también ha demostrado ser eficaz como complemento del resto de las intervenciones propuestas para el tratamiento de la FM. Por ejemplo, la inclusión de un protocolo específico breve cognitivo-conductual ha demostrado incrementar el cumplimiento y el mantenimiento de las pautas de ejercicio físico. (Collado, A., et al, p. 17-18)

Es decir, si se trata de terapias multidisciplinarias, la terapia cognitivo conductual, ayudará en el cumplimiento organizado, disciplinado y a tiempo de las respectivas prescripciones médicas, ejercicios, masajes, rutinas y otras que se hayan indicado.

En las entrevistas realizadas, el 70% refieren que no han seguido las prescripciones derivadas del departamento de reumatología, por diversos motivos adicionales a los económicos además que no se indicaron terapias adicionales a los medicamentos, lo que sí debería hacerse en el departamento de psicología, directamente o derivándoles a los departamentos involucrados.

Inclusive puede hacerse un programa de tratamiento ocupacional. Los ejercicios físicos son indispensables en el tratamiento del SFM.

En las principales plazas públicas de diferentes ciudades del mundo se practica tai chi chuan, el antiguo método de las artes marciales chinas para la salud, que equivale a la aplicación de las técnicas de la acupuntura. De igual manera el yoga.

Estas prácticas han demostrado su alta efectividad en los campos del dolor, relajación, estrés físico y mental, por lo que los diferentes gobiernos del mundo los han adoptado como terapias en sus centros de salud y con presupuesto

dedicado, que aplicado al campo de la prevención ahorran dinero y recursos hospitalarios.

Los enfoques de las terapias basadas en la energía tienen su origen en la Terapia del Campo del Pensamiento. Esta terapia aplica ciertos conceptos orientales como el flujo de la energía a través de los meridianos chinos de la acupuntura. La estimulación por medio de presiones digitales junto con otros procedimientos ayudaría a remover las perturbaciones del flujo de la energía que, según los autores, provocan algunos de los trastornos psicológicos. Más allá de lo polémico de estas afirmaciones y las controversias desatadas, estos abordajes se muestran efectivos en la práctica clínica. (Casabat, E., 2003)

No es necesario que estos servicios sean ofrecidos en el hospital, sino que se ofrezca las direcciones y datos específicos para que puedan practicarlos externamente.

Otro metaanálisis de 49 estudios del tratamiento de la fibromialgia encontró que el ejercicio y la terapia de conducta cognitiva (TCC) ofrece mejoras en muchos parámetros evolutivos de la fibromialgia, especialmente en lo referente a la mejora de síntomas. No obstante, el análisis concluyó que el tratamiento del dolor y el sueño constituyen un importante soporte a la TCC. Es probable que la TCC y los programas de ejercicio den resultados positivos, ya que se centran en la mejora de más de un único síntoma y, de forma más importante, implican al paciente como protagonista activo en el esfuerzo terapéutico. (Villanueva, V., 2004, p. 436)

c) Mejorar el sueño:

La buena calidad de sueño es indispensable en los casos de la fibromialgia. Para ello es necesario la enseñanza y práctica de técnicas de relajación, así como comunicar y aplicar las condiciones básicas para propiciar mejor calidad de sueño.

Esto forma parte de la información y a la vez del inicio de las terapias.

A saber:

- La mayor cantidad de oscuridad en la habitación. Unas cortinas gruesas serán indicadas. Igualmente, que no haya luces encendidas en los pasadizos junto a la habitación. Un antifaz en los ojos de tela no traslúcida, suave (algodón) y oscura ayudará si no se tienen las condiciones ideales en su dormitorio.
- Completo silencio. Podría colocarse inicialmente música suave programada para apagarse entre los 10 a 30 minutos. No debe quedar la música por toda la noche. Se hace necesario aislar la habitación al máximo de los ruidos externos tanto de la casa en donde se viva como de la calle. Es conveniente que la habitación no tenga ventana a la calle para evitar los ruidos molestos.
- La habitación debe estar ventilada. La renovación del aire es conveniente para mejorar la calidad del sueño. Sin corrientes de viento, pudiendo dejarse el fresquillo de parte superior de la puerta dejarse abierta o una ventana entreabierta que dé al interior de la casa.
- La temperatura debe ser agradable. No utilizar exceso de frazadas o mantas pesadas en climas fríos ya que ocasionan presión corporal innecesaria. Son preferible las mantas polares que tienen menor peso y propiedades de mayor abrigo. En verano se puede dormir sin mantas, pero si con ropa de dormir adecuada.
- Dormir normalmente a la misma hora y antes de las 12 de la noche, ha dado buena experiencia en los casos de SFM.
- Buena postura al dormir. La postura decúbito ventral o prono debe evitarse. Diversos estudios han demostrado que esta postura es nociva para la columna vertebral. La postura supina es deseable con una almohada baja. Si se acostumbra dormir decúbito lateral la almohada debe ser alta, la medida o altura de a almohada corresponde a la distancia entre el hombro y la parte lateral de la cabeza.

- No tomar estimulantes dos horas antes de dormir, tales como alcohol, té, café, chocolate, fumar. Se tiene buena experiencia tomando una cucharadita de las de té de bicarbonato de sodio disuelto en unos 200 c.c. de agua, igualmente como infusiones de manzanilla, lechuga y otros.
- La cena debe ser lo más ligera posible. Existen métodos nutricionales saludables que recomiendan no comer nada luego de las 5 de la tarde, con excepción de agua, manzana o alguna infusión no estimulante.
- No ver noticias ni novelas antes de dormir y de preferencia evitar los noticieros mientras dure las terapias y hasta que se tenga mejor calidad de vida. Apagar el celular durante la noche.

Entrevista que acerque al psicólogo con el paciente:

Cuidar la relación médico-paciente. Esta debe ser una tarea del profesional en cada entrevista. El médico debe intentar como objetivo importante que la relación con el paciente sea mejor en cada encuentro clínico.

Para ello, incorporará los siguientes elementos: avance en la relación, creación del ámbito de intimidad adecuado, auto conocimiento, pacto frente a contrato y uso del efecto placebo, que la relación tiene en sí.

En resumen se tiene:

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance. Para ello incorporará los siguientes elementos: aproximación del problema a largo plazo, planificación y organización adecuada de los recursos, aproximación en equipo, establecimiento de prioridades, objetivos razonables y uso de tiempo y de energía razonable.

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Se propone un modelo de atención bio-psico-social mediante abordajes diversos rehabilitadores, que se constituirá como el procedimiento más eficiente en el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, sin perder importancia otro tipo de terapias más simples. El proceso se fundamenta en una evaluación multidisciplinaria, atravesando por las de tipo médico, psicológica, ocupacional, física, recuperación funcional entre las más importantes.
2. Al aplicarse la mejor atención de los pacientes con la mayor coordinación entre los diversos departamentos de este nosocomio, partiendo con los departamentos de reumatología y psicología se logrará optimizar los recursos del hospital público, así como el mejoramiento de las expectativas y prestigio del hospital referido.
3. Con lo planteado se estará incrementando el conocimiento del SFM tanto en los pacientes como en el personal involucrado en este tipo de patologías. Lográndose establecer que el departamento de psicología se encuentra directamente relacionado con el tratamiento del SFM.
4. La propuesta de atención con abordaje psicológico a pacientes SFM, se estructura en 6 etapas, a saber: Introducción - fundamentación, diagnóstico, planteamiento del objetivo general, planeación estratégica, instrumentación y evaluación. El modelo será integrador y a la vez de promoción de la mayor parte de factores involucrados.

Para la estructuración de la estrategia y su elaboración se tomaron como base las experiencias en diversos centros hospitalarios de otros países, así como los fundamentos médicos, psicológicos y de rehabilitación existentes, que tratados científicamente vienen siendo los tratamientos a elegir en la actualidad.

5. La propuesta de atención con abordaje psicológico ha quedado plenamente justificada. Es necesaria y de aplicación inmediata.

Recomendaciones;

1. Se recomienda realizar una evaluación multidisciplinaria (tipo médico, psicológica, ocupacional, física y recuperación funcional) a los pacientes.
2. En el área de reumatología del hospital público, se debe implementar un sistema de seguimiento estricto a los pacientes con síntomas de fibromialgia, que se registran mensualmente.
3. Se deben mantener actualizadas las estrategias de atención con abordaje psicológico a pacientes con SFM.

CAPITULO IX. MATERIALES DE REFERENCIA

9.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alentorn, E., s.f., *Tratamiento Sintomático de la Fibromialgia mediante vibraciones mecánicas*. Tesis doctoral Universidad de Barcelona, España.

Alvarado, G. y Montenegro, K. (2013). *Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales del Distrito de Chiclayo en el periodo 2011 – 2012*. (Tesis de Pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo).

Alvarez, M., (2015). *Rasgos Psicológicos y Percepción del dolor en pacientes con fibromialgia*. (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo).

Alvaro, T. y Traver, F. (2010). *Una Visión Psiconeuroinmunológica de la Fibromialgia*, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15 (3). 150-151

Aroca, J., Cano, M., Diez, J., Marín, J., Martínez, J., Moreno, M., Ortega, J. y Sánchez, M. (2010). *Protocolo de Atención a Pacientes con Síndrome de Fibromialgia*. España: Consejería de Sanidad de Murcia.

Barreira, J., (s.f.). *Fibromialgia, Hospital Británico de Buenos Aires*. Recuperado de http://www.gador.com.ar/wp-content/uploads/2015/04/pregabalina_barreira.pdf

Berrocal-Kasay, A. (2014). *Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno*. Revista Médica Herediana, 25 (2). 2

Bonafont X y Casasín T. (2002). *Protocolos terapéuticos y vías clínicas*. España: Fundación Española de Farmacia Hospitalaria.

Butcher. J., Mineka. S. y Hooley. J. (2007), *Psicología clínica*. España: Editorial Pearson Educación.

Caraballo, M., Berral de la Rosa, F., Brandi de la Torre, J., Campos, S., Cejudo, M., Carrasco M. y Jiménez C., (2015). *Percepciones de la Fibromialgia: Estrategias de autoatención de la enfermas vs. la (des)atención médica*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015001100110

Casabat, E. (2003). *Terapia de campo del pensamiento (TFT): Principios básicos y aspectos principales de las terapias basadas en la energía*. 4to Congreso Virtual de Psiquiatría Itepsiquis 2003. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/16/41/70/164170429489276918321304170412539463419>

Collado, A., Muñoz, J., Pérez, J., de Santos, P., Gómez, E., Alfonso, L. y Peri, J. (2007). *Protocolos de Evaluación y Tratamiento de los pacientes con Fibromialgia*. España: Corporación Sanitaria Clinic. Fundación Afectados con Fibromialgia y Fatiga Crónica. Recuperado de <http://laff.es/pdf/PROTOCOLO.pdf>

Collado, A., Cuevas, M., Estrada, M., Flores, M., Giner, V., Marín, J. y Sanz, R. (2014). *Fibromialgia*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Donabedian, A. (2001). *La Calidad de la Atención Médica*. Revista de calidad asistencial. 16 (1). S29. Recuperado de <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

Esteve-Vives, J. y Romera, C. (2013). *Fibromialgia*. Recuperado de <http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2013/10/Cap-35-Fibromialgia.pdf>

Fietta, P. y Manganelli, P. (2007). *Fibromyalgia and psychiatric disorders*. Acta Biomed. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933276>

Galiano, D., Jaenes, S. y Romero, M. (2005). *Fibromialgia Proceso Asistencial Integrado*. Recuperado de http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/488/5/PAI_Fibromialgia.pdf

García, F. y Ferran, J. (2000). *Síndrome de Dolor Neuroplásticamente Inducido. Una aportación para la complejidad de la fibromialgia*. España: Clínica Cima, Barcelona, p. 4.

Garrido, E., 2016. *Efectos de la Acupuntura vs. Fisioterapia sobre el control postural y la funcionalidad en fibromialgia*. Tesis doctoral Universidad de

Extremadura, España.

Gaviño, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. 143.

Pirámide, España.

Giler, J. (s.f.). Investigación diagnóstica o propositiva. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/256338347/Investigacion-Diagnostica-o-Propositiva>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill - Educación.

Labrador F. y Crespo M. (2012). *Psicología Basada en Evidencia*. España: Editorial Pirámide. p. 217.

López, M. y Mingote, J. (2008). *Fibromialgia*. P. 2. *Revista Clínica y Salud*, 19 (3). 2.

Martínez, M. (2008). *Fibromialgia: El Dolor Incomprendido*, España: Editorial Aguilar.

Martínez, M. (2011). *El problema de la fibromialgia desde una perspectiva filosófica*. Recuperado de

https://www.academia.edu/1799673/El_problema_de_la_fibromialgia_desde_una_perspectiva_filos%C3%B3fica

Mejías, A., (2013). *Eficacia del QiGong vs. Fisioterapia para mejorar la calidad de vida de pacientes de fibromialgia*. Tesis doctoral Universidad de Extremadura, España.

Nager, V., (2014). *Efectos Terapéutico del Yoga en la Fibromialgia: Revisión Sistemática*. Recuperado de

www.raco.cat/index.php/RevMovHum/article/download/303720/393410

Niams (s.f.). *Fibromialgia*. Recuperado de

https://www.niams.nih.gov/Portal_En_Espanol/informacion_de_salud/Fibromialgia/fibromialgia_ff_espanol.pdf

Parra, M., (2013) *Eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en Pacientes con Fibromialgia*. Tesis doctotal Universidad de Castilla-La Mancha, España.

Porro, J., Esteves, A., Rodríguez, A., Suarez, R. y Gonzales, B. (2015). *Guía Para la Rehabilitación de Fibromialgia*. *Revista Cubana de Reumatología*, 17 (2). 148

Prados, G. y Miró E. (2012). *Fibromialgia y Sueño*. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5404/bh040227.pdf>

Restrepo, J., Ronda, E., Vives, C. y Gil, D. (2009). *¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia?*. Revista de Salud Pública 11 (4). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n4/v11n4a17.pdf>

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B. y Vidal, J. (2006). *Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. I Simposio de dolor en reumatología*. Recuperado de http://www.institutferan.org/documentos/consenso_fm_2006.pdf

Romero, A., 2012. *Efectos de la Práctica del Tai Chi en mujeres y hombres con fibromialgia*. Tesis doctoral Universidad de Granada, España.

Rondón, M., (2006). *Salud mental: un problema de salud pública en el Perú*. Rev. Perú. med. exp. salud pública, 23 (4), p: 237 – 38. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf>

Ross, R., Jones, K., Ward, R., Wood, L. y Bennett, R. (2010). *Atypical depression is more common than melancholic in fibromyalgia: an observational cohort study*. *BMC Musculoskeletal Disorders*. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-11-120.pdf>

Sanchez, P., 2015, *Fibromialgia: relación entre el estrés crónico, depresión, procesos inflamatorios y dolor*. Tesis doctoral Universidad de Valencia.

Sánchez, P., Sánchez, J., de Lamo, M. y Peiró, G. (2014). *Psicobioquímica (estrés, ansiedad y depresión) en Fibromialgia*. Cuadernos Monográficos Psicobioquímica. Fibromialgia 3.

Trillo, E., (2013). *Resiliencia en fibromialgia: relación con otras variables psicológicas y neurofisiológicas*. Tesis doctoral de la Universidad de Zaragoza, España.

Vannay, V. (2014). *Musicoterapia en Personas con Fibromialgia*. España: Editorial Terapias con Alma.

Vera, P. (2004). *Estrategias de Intervención en Psicología Clínica: Las Intervenciones apoyadas en la Evidencia*. Recuperado de <http://www.revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit10/VERA-VILLARROEL.pdf>

Villanueva, V., Valia J., Cerdá G., Monsalve, V., Bayona M. y de Andrés J. (2004). *Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión*. Revista Sociedad Español del Dolor, 11 (7).

ANEXOS:

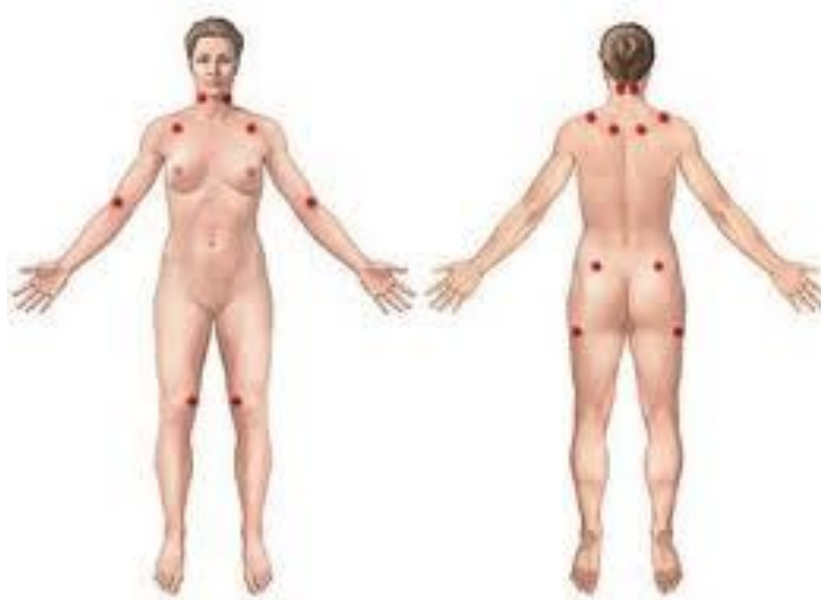
Anexo 1:

Información para el paciente.

Fibromialgia

Es una enfermedad crónica caracterizada por dolores musculares, en tendones y tejidos blandos, tanto en puntos específicos como de manera generalizada. Puede presentarse también rigidez y/o dolores matutinos.

Estos dolores producen sensaciones diversas tales como: quemazón, punzadas, pesadez, molestias, rigidez, agudo o diseminado. Puede sentirse en 11 de los 18 puntos del gráfico a continuación o en su totalidad. Adicionalmente, pueden doler recurrentemente los músculos que se utilicen más en el quehacer cotidiano.



Los puntos específicos a considerar son: cervical inferior, segunda costilla, epicóndilo lateral (zona de los codos), zona de las rodillas, occipucio (nuca), trapecio (parte superior de la espalda), supraespinoso (parte superior de los omóplatos), cuadrante superior de los glúteos, trocánter mayor (encuentro de la cadera con el femur).

Asimismo, la mayor parte de pacientes presentan trastornos de ansiedad, depresión, cansancio, trastorno de sueño, irritabilidad y otros síntomas.

Es necesario que el paciente sea tratado conjuntamente por los departamentos de reumatología y psicología.

ANEXO N° 2

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.
POR W. W. K. ZUNG

DEPRESION:

Edad: ____ Sexo: ____

Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento. ____/____/____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy mas irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.
POR W. W. K. ZUNG

ANSIEDAD:

Edad: ____ Sexo: ____

Fecha: ____/____/____ Fecha de nacimiento. ____/____/____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.
POR W. W. K. ZUNG

Puntaje para Depresión

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	1	2	3	4	
2	Me siento con temor sin razón.	4	3	2	1	
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	1	2	3	4	
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	1	2	3	4	
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder	4	3	2	1	
6	Me tiemblan las manos y las piernas.	4	3	2	1	
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	4	3	2	1	
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.	1	2	3	4	
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4	
11	Sufro de mareos.	4	3	2	1	
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	4	3	2	1	
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente	1	2	3	4	
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.	4	3	2	1	
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4	
16	Orino con mucha frecuencia.	1	2	3	4	
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.	4	3	2	1	
18	Siento bochornos.	4	3	2	1	
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche	1	2	3	4	
20	Tengo pesadillas.	4	3	2	1	
TOTAL DE PUNTOS						

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. A.
POR W. W. K. ZUNG

Puntaje Ansiedad

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento mas nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.	1	2	3	4	
2	Me siento con temor sin razón.	1	2	3	4	
3	Despierto con facilidad o siento pánico.	1	2	3	4	
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	1	2	3	4	
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede suceder	4	3	2	1	
6	Me tiemblan las manos y las piernas.	1	2	3	4	
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.	4	3	2	1	
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	1	2	3	4	
11	Sufro de mareos.	1	2	3	4	
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	1	2	3	4	
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente	4	3	2	1	
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.	1	2	3	4	
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.	1	2	3	4	
16	Orino con mucha frecuencia.	1	2	3	4	
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.	4	3	2	1	
18	Siento bochornos.	1	2	3	4	
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche	4	3	2	1	
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4	
TOTAL DE PUNTOS						

Anexo N° 3:

Digitopuntura y auriculoterapia.

Reflexología.

La acupuntura es recomendable para los casos de terapia contra el dolor, asimismo contra la ansiedad y depresión. Existen puntos generales a aplicar para cada zona del dolor.

Estos mismo puntos son los que se aplican tanto con agujas especiales para acupuntura, como con digitopuntura.

Si bien es cierto la digitopuntura da la idea de que se aplica con los dedos de las manos, con un presión sobre los puntos de dolor y puntos de las zonas, también puede bien aplicarse con masajeadores eléctricos, siendo los más recomendables los de tipo de vibración con percusión, es decir, estos masajeadores tanto vibran como tienen un movimiento de “picoteo” vertical.

Igualmente, estos mismos masajeadores puede ser utilizados en reflexología tanto de manos como de pies.

La reflexología es una terapia muy difundida en el mundo y se fundamenta en las investigaciones del médico estadounidense William Fitzgerald quien en 1913 publico sus teorías en su libro Terapia de Zonas. Estas zonas o líneas coincidían de alguna manera con los meridianos de acupuntura.

Otro médico, Joseph Shelby Riley detalló en unos dibujos lo que sería la correspondencia de las zonas descritas por el Dr. Fitzgerald en las manos. Luego, contactó con la fisioterapeuta Eunice Ingham quien con la práctica aplicó más estos puntos reflejos en los pies. Eunice, dedicó toda su vida a lo que se conoce hoy como reflexología podal. Este método aplica generalmente el masaje manual sobre los pies, con las yemas de los dedos, nudillos y frotaciones.

Sea como fuere, los pacientes refieren alivio de los dolores, relajación y menor cansancio en su jornada diaria y es buen complemento de la acupuntura y con ellos la digitopuntura.

Los puntos más utilizados de digitopuntura y que se pueden enseñar a los pacientes son:

14 VG Da Zhui ubicado debajo de la 7ma vértebra cervical, que se alcanza fácilmente con la yema de los dedos. Igualmente, funciona pellizcar con toda la palma de la mano esta zona.

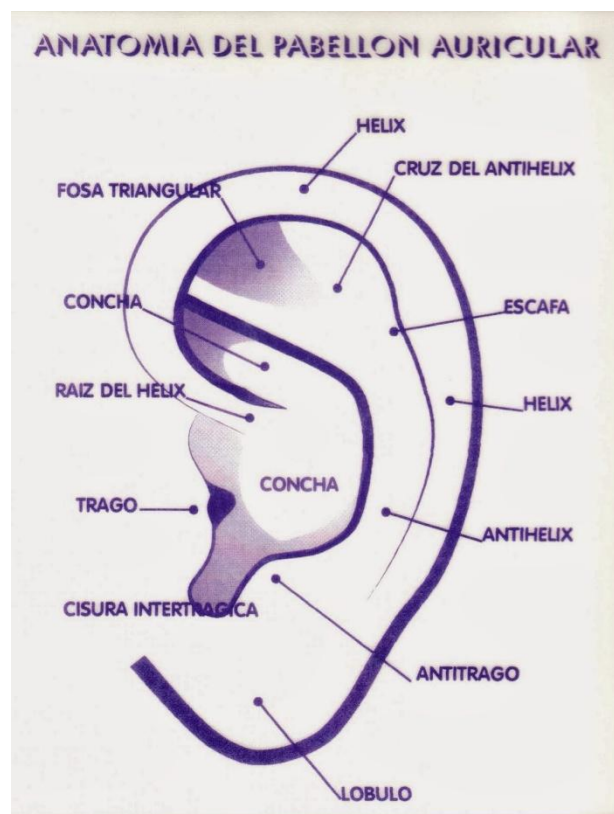
7C Shen Men, ubicado en el pliegue cubital de la muñeca (referencia dedo meñique), en una hendidura.

3C Shao Hai, en la depresión del doblar del codo, lado cubital o del dedo meñique.

26 VG Shui Gou, en el surco nasolabial, en una depresión en el tercio proximal desde la nariz hasta el tubérculo labial.

Nao Qing, (cerebro lúcido) a dos cun por encima del punto 41 E, por fuera del borde anterior de la tibia.

Para la auriculopuntura, existen puntos específicos y muy relacionados con la acupuntura corporal, sin embargo se le puede enseñar al paciente a automasajear las zonas correspondientes a la parte de la energía mental en la cruz del antihelix.



De la misma manera masajear el lóbulo que corresponde al lóbulo frontal, ojos, frente y depresión. Es importante igualmente el masaje en el trago y antitrago.

El masaje en ambas orejas primero es exploratoria, luego debe masajearse con presión fuerte las zonas señaladas, si se presenta dolor, debe seguirse masajeando hasta que el dolor desaparezca.