

LA FIBROMIALGIA COMO PROBLEMA ACTUAL DE SALUD

UN ABORDAJE DIFERENTE

Silvia León Vega
Jorge Amado Grau Ábalo
Eduardo Vargas Sandoval
Tahimí Betancourt Oliva



**UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA**

CP
WE
544

L47 León Vega, Silvia Luz

La fibromialgia como problema actual de salud: un
abordaje diferente / Silvia León Vega, Jorge Amado
Grau Ábalo, Eduardo Vargas Sandoval, Tahimí
Betancourt Oliva. – Lima : Universidad Peruana
Cayetano Heredia, 2021.

92 páginas : ilustraciones, tablas, gráficos

Fibromialgia / Fibromialgia - psicología / Calidad de
Vida / Grau Ábalo, Jorge Amado / Vargas Sandoval,
Eduardo / Betancourt Oliva, Tahimí /

Primera edición: mayo 2021

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional de Perú N° 2021-03863
ISBN: 978-612-4242-59-5

© Silvia León Vega
© Jorge Amado Grau Ábalo
© Eduardo Vargas Sandoval
© Tahimí Betancourt Oliva

© 2021 Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres, Lima 31, Perú
Teléfono: 319-0000 anexo 201130
fondo.editorial@oficinas-upch.pe
<http://ceditorial.cayetano.edu.pe/>

Producción editorial: Fondo Editorial UPCH
Diseño y diagramación: Katherine Santa María M.

Se terminó de imprimir en mayo del 2021 en:
Press Off Graphics E.I.R.L.
RUC: 20504593224
Av. México N° 2513 - La Victoria
Telf.: 325.0053

Impreso en el Perú

A nuestros padres e hijos y a todos nuestros familiares,
a nuestros maestros y estudiantes,
a nuestros pacientes y sus familiares,
y a nuestros colegas y compañeros de trabajo,
porque fueron ellos los que más han proporcionado
sentido a nuestras vidas

PRÓLOGO

La fibromialgia es una causa importante de dolor musculoesquelético crónico, afecta alrededor del 2% al 5% de la población general. Su elevada prevalencia, los síntomas discapacitantes que la acompañan y su etiología, aún no esclarecida, demandan un conocimiento apropiado de la misma de parte de los diferentes profesionales que intervienen en su manejo, así como también de aquellos que se dedican a investigar las diferentes áreas que abarca esta entidad.

En la actualidad la fibromialgia es una causa reconocida de limitación para las actividades de la vida diaria, el trabajo, la productividad e incluso de las actividades familiares y recreativas, generando un importante impacto en la persona afectada y en su familia. Adicionalmente los costos para los sistemas de salud que genera esta entidad son elevados y son aun más altos si el diagnóstico no se ha establecido. Estas son razones que remarcan la importancia de conocer esta entidad, diagnosticarla apropiadamente y planear un manejo que, en la mayoría de casos, debe ser multidisciplinario.

Por las razones expuestas, es para mí un placer prologar esta obra conjunta, a cargo de autores peruanos, cubanos y mexicanos, que recoge experiencias propias y de diferentes autores sobre el dolor crónico presente en la fibromialgia, intentando transmitir, a un amplio público —profesional y no profesional—, estrategias de evaluación e intervención con estos pacientes.

Los autores tienen reconocida experiencia profesional y en la intervención de pacientes con fibromialgia; bajo la dirección de la doctora Silvia León han realizado una extensa revisión de la bibliografía sobre esta enfermedad.

En el primer capítulo se presenta, de forma resumida, una caracterización clínica de la fibromialgia, incluida la valoración de los factores psicosociales que intervienen en su etiopatogenia y desarrollo. En el segundo capítulo se describen los resultados de una importante investigación sobre evaluación de la calidad de vida de las personas que adolecen de esta entidad, estudio ejecutado en el Centro Nacional de Reumatología de La Habana. El tercer capítulo se dedica a reportar los resultados de un estudio de intervención con procedimientos de psicología positiva, realizado en el Hospital Cayetano Heredia de Lima. El cuarto capítulo se dedica a recoger los aportes que, según la experiencia del coautor mexicano, pueden hacer algunas técnicas de psicoterapia, como la programación neurolingüística y la hipnosis ericksoniana, en el tratamiento de estos pacientes. Y, finalmente se brinda, en el Apéndice, una guía resumida de interés para pacientes y familiares, con un lenguaje sencillo y con recomendaciones prácticas, que de alguna forma ha sido utilizada en el Perú.

Disponer de un libro como el que presentan los autores puede fomentar el descubrimiento de fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas en el trabajo cotidiano con personas con fibromialgia, destacando el valor

del paradigma biopsicosocial en su abordaje y los primeros ensayos con procedimientos procedentes de la llamada «psicología positiva».

Esta obra busca cambiar la perspectiva de muchos pacientes y estimular la atención de muchos profesionales sobre la fibromialgia.

Para cualquier tipo de lector, el libro puede presentarse no solo como una fuente de conocimientos, sino como un proceso de motivación creciente para asumir y mejorar la atención de estos pacientes desde una perspectiva de crecimiento personal. Contribuir a aliviar el dolor y el sufrimiento de los mismos, con una orientación que remodele actitudes y habilidades en su tratamiento, puede generar también la satisfacción de lo que hemos podido lograr, y con el anhelo de analizar acciones futuras.

Finalmente quisiera destacar el papel de la doctora Silvia León, una excelente y experimentada profesional, además de investigadora reconocida, quien ha editado publicaciones científicas y libros de su especialidad, en particular abordando tópicos relacionados con la fibromialgia.

Luis Fernando Vidal Neira

Médico Reumatólogo

Lima, Perú

LOS AUTORES

Silvia Luz León Vega

Doctora en Psicología con especialidad en Psicología clínica y de la salud, coach internacional en Programación neurolingüística (PNL), profesora universitaria, además de psicoterapeuta gestáltica. Desde el 2009 investiga e imparte programas de afrontamiento psicológico en fibromialgia, como parte de su trabajo asistencial en el Hospital Cayetano Heredia de Lima. Ha escrito varios artículos y trabajos en base a su experiencia con pacientes, entre ellos, «Caracterización psicológica en mujeres con fibromialgia», «Intervención psicosocial en mujeres con fibromialgia basada en la psicología positiva» y el trabajo «Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia en el Hospital Cayetano Heredia», que obtuvo el Premio Nacional a la Investigación John Bonica, otorgado por la Asociación para el Estudio del Dolor – ASPED y el Laboratorio Grünenthal, Perú. Esta experiencia le permitió diseñar una Guía clínica de fibromialgia y publicar el libro *Fibromialgia: el dolor invisible* (UPCH, Lima 2016), dedicado a sus pacientes, el que ha tenido gran aceptación.

Jorge Amado Grau Ábalo

Doctor en Psicología e investigador titular, especialista en Psicología de la salud, con dos diplomados en Cuidados paliativos. Ha acopiado una vasta historia como profesor universitario; actualmente es profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas «Manuel Fajardo» de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Desde los años 80 de la pasada centuria ha acumulado experiencia asistencial e investigativa en la atención a pacientes con fibromialgia, primero en el Hospital «Hermanos Ameijeiras» y luego en el Centro Nacional de Reumatología del Hospital «10 de Octubre» en La Habana. Los últimos 35 años de su trabajo los ha dedicado, en gran medida, al estudio de aspectos psicológicos relacionados con el dolor crónico, primero con dolor en enfermos reumáticos y luego con pacientes con cáncer, trabajando como investigador en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

Autor de numerosos artículos y libros, ha sido profesor invitado en varios países de Europa y América Latina. Dirige el Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública cubano, fue presidente fundador de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud y actualmente es su vicepresidente. Ha obtenido varios premios y reconocimientos internacionales, entre ellos, el Premio Latinoamericano de Psicología de la Salud (Cartagena, 2003), el Premio de Logros por Toda la vida que le otorgó la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (Chile, 2018) y el Premio Interamericano de Psicología, recientemente entregado por la Sociedad Interamericana de Psicología (La Habana, 2019).

Eduardo Vargas Sandoval

Psicólogo con experiencia en el campo de la Psicología de la salud, diplomado en Psiconeuroendocrino-inmunología y en Violencia intrafamiliar y doctor en Desarrollo humano. Ha cursado un entrenamiento avanzado en Hipnosis ericksoniana y tiene adiestramiento certificado en Coaching estratégico. Egresado de las maestrías en Programación neurolingüística y salud, en Terapia breve estratégica evolucionada y en Terapia familiar sistémica. Profesor en la licenciatura en Psicología del Instituto Tecnológico Superior de Occidente (ITESO) y en la maestría de Terapia familiar en la Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA) (México). Ha acumulado experiencia asistencial en los servicios médicos municipales de Guadalajara y en el Hospital Puerta de Hierro Norte. Ha sido profesor invitado en varios países de América y Europa.

Tahimí Betancourt Oliva

Joven profesional que culminó con excelencia su tesis de diploma en la licenciatura en Psicología con la investigación «Impacto de la fibromialgia en la calidad de la vida relacionada con la salud» que describe las afectaciones en pacientes del Centro Nacional de Reumatología del Hospital «10 de Octubre», de La Habana, y permitió la validación inicial de un instrumento específico para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud: el Cuestionario sobre impacto de la fibromialgia (FIQ por sus siglas en inglés), que tenía versiones en varios países, pero no en Cuba. Actualmente trabaja como Psicóloga de la salud en el Centro Municipal de Promoción y Educación para la Salud del Municipio Playa, en La Habana.

CONTENIDO

I. ¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA? ASPECTOS PSICOSOCIALES INVOLUCRADOS	15
II. CALIDAD DE VIDA EN FIBROMIALGIA Y SU EVALUACIÓN	23
III. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES CON FIBROMIALGIA. UN PROGRAMA BASADO EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA	37
Taller de fibromialgia «Se puede ser más feliz»	40
IV. LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA Y LA HIPNOSIS ERICKSONIANA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA	49
La programación neurolingüística – PNL y el manejo del paciente con fibromialgia	55
Apéndice: RECOMENDACIONES A PACIENTES Y FAMILIARES	65
Recomendaciones para prevenir las recaídas	77
Estrategias básicas ante los principales síntomas de fibromialgia	78
BIBLIOGRAFÍA	81

I

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA? ASPECTOS PSICOSOCIALES INVOLUCRADOS

La fibromialgia (FM) es un problema de salud mucho más frecuente de lo que parece. Tiene una elevada prevalencia en todos los países del mundo, los costos de su tratamiento son altos, es de difícil diagnóstico y el manejo y el deterioro de la capacidad funcional y de la calidad de vida afecta, no solo al paciente, sino a la familia y a numerosas personas allegadas o con las que mantiene el enfermo algún tipo de vínculo.

Fibromialgia (FM) significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). Ha servido como modelo de dolor crónico «sin justificación lesional», en el cual se invocan factores psicosociales en su fisiopatogenia. ¿Cuáles son sus síntomas principales? Al dolor músculo-esquelético generalizado y a la sensibilidad dolorosa a la palpación de determinados puntos anatómicos se agregan otros síntomas: rigidez, fatiga, trastornos del sueño, cefaleas, alteraciones del estado de ánimo, trastornos gastrointestinales, junto a otras manifestaciones como sentimientos de aislamiento social e incapacidad funcional y disminución de las funciones cognitivas.

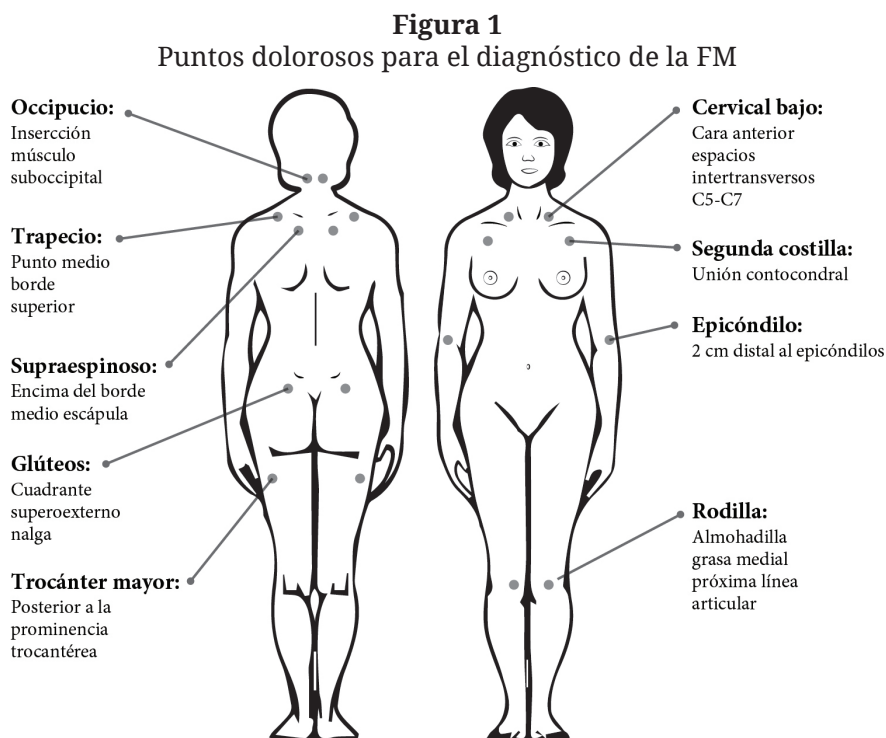
La información epidemiológica sobre esta enfermedad es imprecisa por diversas razones: contextuales (en diversos países), sistemas de registro, problemas con el diagnóstico, etc. Aproximadamente la padece del 2 al 6% de la población general, la edad de inicio abarca desde la preadolescencia hasta la vejez, aunque es más frecuente en etapas intermedias.

Resulta incuestionable que en todos los grupos étnicos el mayor porcentaje es de mujeres, en rango preferentemente de 45 a 50 años; prevalencia que puede oscilar de 0,7-5% en población general, sobre todo de 35-60 años. En la mayoría de los casos, la edad media de inicio es alrededor de los 25-45 años, aunque ha sido reportada también en ancianos y niños. En España se afirma que hay 700 000 mayores de 20 años, 20 mujeres por cada hombre, casi todas en edades productivas (49% entre 40-49 años). En Chile se ha estimado en 300 000 personas (2% de la población, mujeres en proporción de 8/10 pacientes entre 20-50 años). En México se estima que el 5% de las mujeres padece FM; este síndrome ocupa el 5° o 6° lugar como motivo de consulta en el Servicio de Reumatología del Instituto Mexicano de Seguro Social en Guadalajara, que atiende 200-300 pacientes por año. En el Servicio de Reumatología de un hospital argentino la FM ocupa del 20-24% de las consultas, casi dos millones de argentinos la padecen.

En Cuba se ha destacado también el predominio de mujeres en edad productiva; así, en un estudio reciente sobre calidad de vida relacionada con

la salud en la FM, a partir de una muestra intencional, clínica, tomada de un Servicio Nacional de Reumatología, de 110 pacientes, 109 eran mujeres. Un estudio poblacional en un barrio urbano-marginal de Lima señala prevalencia del 10%; en Piura se reporta prevalencia del 6% en pacientes que acuden a consulta ambulatoria. Se necesitan muchos estudios aún para estimar las tasas de prevalencia de esta enfermedad en la población general. Pero, más allá de la prevalencia, el grado de sufrimiento por dolor crónico de estas personas es tal, que les lleva a tomar analgésicos infructuosamente y a búsquedas incesantes de especialistas para su alivio, antes de que se logre diagnosticar efectivamente la enfermedad.

Habitualmente se diagnostica, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, por puntos dolorosos en el organismo (figura 1). Para sospechar una fibromialgia debe haber manifestaciones clínicas de dolor al menos de 3 meses en $\frac{3}{4}$ cuadrantes corporales en 11/18 de los denominados «puntos sensibles» o *tender points*. Del 59 al 70% de los médicos la consideran desafiante para diagnosticar y tratar.



PUNTOS DOLOROSOS. VALORACIÓN DE FM

Fuente: León Vega, S. (2017). *Fibromialgia: el dolor invisible*. Lima: Centro Editorial UPCH; p.28. Reelaboración de la autora.

El 70-85% de los pacientes la perciben como dolencia desconocida, consultan aproximadamente 7 médicos y tardan alrededor de 4 años en ser

diagnosticados por un reumatólogo; los pacientes retrasan su asistencia al médico porque creen que los síntomas van a desaparecer por sí solos, sea porque no consideran que pudiera tratarse de una condición que requiriera atención médica o porque no saben cómo describir los síntomas a los médicos; la dificultad para expresar los síntomas en la entrevista médica repercute en la obtención de un diagnóstico oportuno.

Los *síntomas principales* reportados por diferentes autores son: *dolor* como síntoma principal, descrito como quemazón o punzante, que afecta el raquis y los músculos, empeora con ejercicio físico, frío y estrés; *rigidez articular* (del 76 al 85% de los pacientes presentan limitación de la movilidad); *fatiga* en más del 80%; *alteraciones del sueño* (sueño no reparador); *trastornos psíquicos* en el 62% de los enfermos; *disfunciones cognitivas* percibidas en el 82%; *sensación de tumefacción* reportada por el 50-86%; *parestesias* como hormigueo, picazón, ardor cutáneo y algunas veces con calor; *malestar abdominal* con meteorismo, estreñimiento y/o diarrea; *hiperestesia* al frío, luz, sonido y olores; *cefaleas* de tipo tensional, difusas o localizadas en el 35-76% de los pacientes, etc.

El dolor como principal síntoma de la FM puede empezar en una zona y extenderse de un área a otra; constituye una experiencia vital que afecta a toda la esfera psíquica y social del paciente y lo lleva a sentir desamparo y desesperanza que influyen en la resistencia a cualquier tipo de tratamiento. Muchas veces, cuando se le pregunta al paciente dónde le duele, la respuesta es: «me duele todo».

Con base en las evidencias sobre las relaciones entre estrés, estados emocionales y dolor, la mayoría de los autores coincide en afirmar que el estrés negativo o distrés (que puede fijarse o manifestarse en estados emocionales de ansiedad y depresión) es un factor desencadenante de los síntomas. Aunque algunos no lo consideran como causal, hay consenso en que puede ser un disparador.

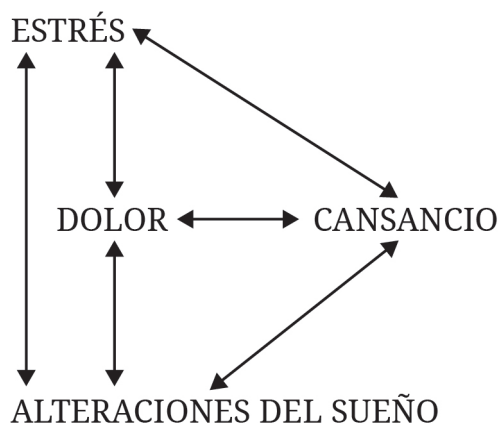
No existen pruebas de laboratorio que permitan el diagnóstico: el factor reumatoideo positivo (FR+), los anticuerpos antinucleares (ANA) o la eritrosedimentación acelerada no difieren de la población general. Los análisis y las radiografías sirven fundamentalmente para descartar otras enfermedades que se puedan asociar a la FM. Se habla entonces de *fibromialgia secundaria* a otras dolencias; cuando aparece sin asociación a ellas, se le denomina *primaria*.

No está definitivamente clara su *fisiopatogenia*, hay consenso en que es multifactorial; para algunos, los mecanismos serían periféricos (alteraciones musculares y del sistema nervioso periférico), para otros serían a nivel central (alteración neuroendocrina y de los neurotransmisores del dolor, trastornos del sueño y disfunción psíquica). En la práctica clínica los reumatólogos sostienen que las alteraciones psicológicas (emocionales y conductuales) influyen en la aparición y mantenimiento de la FM. En realidad no es posible estudiar y controlar esta dolencia sin la contribución de otras especialidades como la medicina interna, neurología, gastroenterología y,

más aún, del aporte que hacen los estudios de afrontamiento a la enfermedad, de las habilidades funcionales, del ajuste, del estrés y el dolor, y es aquí donde la psicología puede hacer un aporte especial, no solo explicando los factores psicosociales que interactúan en su etiopatogenia, sino mediante la profundización de los factores subjetivos que conducen al bienestar de la persona enferma, explicando los procesos que llevan a su satisfacción, bienestar y felicidad.

Se ha descrito la interacción entre el estrés, el dolor por tendinitis y las fases del sueño (el paciente tiene una duración más breve de la fase profunda o NO REM del sueño). Por otra parte, aunque hay evidencias de cambios funcionales por estrés psicológico, mediados por el sistema dopaminérgico, se insiste en los factores psicosociales como los más importantes en la FM. Tales interacciones se esquematizan en la figura 2.

Figura 2
Interacciones en la fibromialgia



Fuente: *Impacto de la fibromialgia en la calidad de vida relacionada con la salud*. Betancourt Oliva, T. (2015). Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad de La Habana.

Entre los *problemas de orden psicosocial* se valoran emociones, conflictos, cogniciones, afrontamientos. También problemas en las relaciones interpersonales, habilidades de comunicación y capacidad para resolver dificultades y mecanismos de adaptación. Se ha reportado que los pacientes con FM tienen más problemas psicológicos que los grupos de control sanos y con trastornos de dolor crónico por enfermedades estructurales como la artritis reumatoide; presentan más trastornos emocionales y repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor y una red de relaciones sociales más escasa. Algunos autores han encontrado asociación entre maltratos y violencia, e incluso abusos sexuales, con la presencia de la enfermedad en estos pacientes, devenidos en víctimas. A pesar de los cuadros psicopatológicos

identificados, hay cierto consenso entre los especialistas en no considerar a la FM como un trastorno psiquiátrico.

En el orden psicosocial siguen primando, como principales manifestaciones, el malestar general y las afectaciones de la calidad de vida en las áreas física, intelectual y emocional, con decremento de la capacidad de trabajo y de la vida familiar y social. La FM no acorta la expectativa de vida de los pacientes, pero puede limitar las actividades de la vida diaria, a menudo con abandono laboral por incapacidad para soportar el estrés y los requerimientos del trabajo, a causa del dolor, la incapacidad para concentrarse o las quejas de sus superiores por ausentarse mucho del trabajo.

Se han reportado altos niveles de ansiedad reactiva al dolor y también ansiedad como rasgo personal, como un estado emocional fijado en la personalidad, conformada a lo largo de su historia vital y que corresponde a un modo típico de afrontar las situaciones desfavorables. La ansiedad y la depresión pueden tributar al dolor; se sabe que la ansiedad incrementa la percepción dolorosa al tiempo que contribuye al incremento de la ansiedad. Los trastornos del sueño se consideran de importancia en la FM, los que junto con la depresión acompañan al dolor, empeorando su calidad de vida; la gran mayoría de los pacientes refiere sueños de mala calidad, ligero y con la sensación de falta de descanso nocturno.

Los pacientes con FM muestran bajos índices de calidad de vida; por otra parte, se conoce que los factores psicosociales pueden aumentar la susceptibilidad a las enfermedades. Los síntomas asociados al estrés, frecuentes en la FM, son: cefaleas tensionales, colon irritable y otros, los que pueden disminuir la inmunocompetencia y hacer al organismo más vulnerable. Pueden manifestarse, además de los trastornos de la afectividad, dificultades en la sexualidad, la dinámica familiar y la memoria, entre otros. Por estas razones es fundamental mejorar la autorregulación en estos pacientes, propiciando que adopten una actitud diferente hacia las emociones, lo cual puede repercutir en la disminución de los síntomas y en el afrontamiento del dolor. Es posible plantear la utilidad de fomentar emociones positivas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las emociones negativas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo.

Hay que tener en cuenta que como en casi todas las enfermedades crónicas, no existe un tratamiento totalmente curativo de la FM. Las expectativas deben ir dirigidas a mejorar la situación general, disminuir el dolor y evitar que la enfermedad progrese con el tiempo. Es decir, la orientación es a la adaptación a la enfermedad para que la persona pueda llevar una vida normal.

Los tratamientos más empleados en la actualidad se basan en tres vertientes: farmacológica, terapia física y rehabilitación y terapia psicológica. Estos son los pilares básicos que permiten el control de la enfermedad, con la participación de reumatólogos, psicólogos y fisioterapeutas. Está demostrado que los pacientes que se tratan conjuntamente con procedimientos médicos y psicológicos muestran una reducción del dolor y de la incapacidad y mejoran sus estados emocionales.

En consecuencia, se requiere de *programas multimodales de tratamiento*, con diferentes tipos de intervenciones. Las terapias farmacológicas incluyen medicamentos para normalizar ritmos del sueño, el más usado es la amitriptilina. Las terapias no farmacológicas involucran educación sanitaria, relajación-visualización, terapias cognitivo-conductuales que faciliten una mejor comprensión de la enfermedad, control de los síntomas y una mejor adaptación. Caben aquí las medidas físico-rehabilitadoras (ejercicios regulares, higiene postural, tratamientos locales). Un último renglón está conformado por algunos procedimientos de medicina natural y tradicional, de reciente empleo.

Considerando los factores involucrados en la FM, *la evaluación y la intervención psicológica* son primordiales. La *evaluación psicológica* debe regirse por las características específicas de la FM. Algunas herramientas apropiadas podrían ser, además de entrevistas a profundidad a pacientes y familiares:

- Escalas de dolor (numéricas, análogo-visuales, perfiles, cuestionarios, etc.).
- Cuestionarios de personalidad.
- Instrumentos de vulnerabilidad al estrés.
- Inventarios de ansiedad y depresión como el IDARE (STAI) y el IDERE o el STEP, basados en los trabajos de Spielberger y colaboradores, sobre los estados de ansiedad y depresión como rasgos personales y/o como estados reactivos; el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) tal y como se utiliza en algunos países de habla hispana es una validación del State-Trait Anxiety Inventory (STAI), de Spielberger, mientras que el Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) es una prueba creada y validada en Cuba para el diagnóstico de la depresión, en sustitución del Inventario de Beck (BDI) que tiene indicadores referidos a síntomas propios de la enfermedad y, por lo tanto, no es tan útil en el diagnóstico en enfermos crónicos. El STEP fue creado posteriormente por Spielberger, de forma similar al IDARE, y validado en poblaciones angloparlantes y de habla castellana y portuguesa. Estos dos instrumentos para ansiedad y depresión son importantes para el diseño de tratamientos farmacológicos por el reumatólogo.
- Instrumentos genéricos y específicos para calidad de vida relacionada con la salud; los más usados son el SF-36, la escala de Diener y el inventario conocido como FIQ, validado en muchos países.
- Escalas para el diagnóstico de trastornos del sueño.
- Escalas de eventos y experiencias vitales para conocer estresores asociados y su significado para el paciente.
- Inventarios de recursos sociales y de apoyo social.
- Escalas de estrategias de afrontamiento, como la de Lazarus y sus variantes.
- Instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar y sexual.
- Técnicas neuro y patopsicológicas sencillas para detectar nivel de funcionamiento cognitivo, como el Mini-mental Test, Test de aprendizaje de 10 palabras, entre otros.

Una buena evaluación psicológica no solo permitirá orientar la intervención psicológica especializada (individual y de grupo), sino también diseñar apropiadamente la estrategia de intervención médica. La intervención psicológica puede incluir:

- Psicoterapia individual, con apoyo emocional.
- Intervenciones grupales educativas para facilitar la comprensión de la enfermedad y el ajuste a la misma.
- Terapias cognitivo-conductuales y, en especial, terapias cognitivas con énfasis en la aceptación de la enfermedad y la resolución de problemas.
- Técnicas de relajación-visualización; son muy útiles las modalidades de hipnorelajación o autohipnosis asociadas a imaginería guiada, técnicas de atención plena o *mindfulness*, la programación neurolingüística o PNL y la hipnosis ericksoniana.
- Orientación psicológica individual, de pareja y familiar, si es preciso terapia familiar, de pareja y sexual.
- Procedimientos para fortalecer el apoyo social, especialmente familiar.
- Procedimientos favorecedores de optimismo y esperanzas que alivien el sufrimiento y eleven el nivel de espiritualidad en estos pacientes.

En resumen, los aspectos psicosociales fundamentales a considerar en la conceptualización y diagnóstico médico y en la evaluación e intervención psicológica en la fibromialgia están relacionados con la atención multimodal del dolor, de los estados emocionales asociados y de la calidad de vida de estos pacientes, incluyendo varias facetas.