



“PRIMUM NON NOCERE”. LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

Olmeda García, María Soledad

Doctora en Psiquiatría. H. Gral. Univ. Gregorio Marañón. Madrid.
Profesora Asociada Ciencias de la Salud. Univ. Complutense. Madrid.

pati.ol@wanadoo.es

RESUMEN:

El 60 al 80% de la población sana sufrirá uno o más síntomas somáticos funcionales en una semana y en un 20 al 30% de las veces, el médico no encuentra una causa orgánica. Estos cuadros han existido desde siempre. El mismo Galeno, hace 2000 años afirmaba que el 60% de los pacientes que iban al médico sufrían síntomas que debían explicarse más por motivos emocionales que físicos. Todas las épocas han tenido síndromes con síntomas médicos inexplicados. En los últimos años del siglo XIX surgió la primera enfermedad de moda: la neurastenia, que en la actualidad ha dejado paso a otras: la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, socialmente más tolerables por su menor estigma psiquiátrico. Sin embargo a pesar de todos los estudios e intervenciones encontramos escasez de resultados concluyentes, pobre eficacia terapéutica, pacientes cronificados y descontentos, mala calidad de vida, alto índice de frecuentación de servicios y altos costes sanitarios. ¿No sería el momento de dejar de actuar y pararse a reflexionar qué estamos haciendo? ¿Estamos ayudando a nuestros pacientes con los planteamientos actuales? La sociedad en la que nos movemos nos empuja a actuar casi sin pensar pero es aquí donde la ética médica y el principio Hipocrático <> tiene plena actualidad.

<<En cualquier casa que penetre lo haré por bien de los enfermos evitando todo daño y corrupción...>> (Juramento Hipocrático)

"Primero no hacer daño"

"Sobre todo no hacer daño"

"Ante todo no hacer daño"

"Primero que nada, no dañar"

"Antes que nada, no dañar" (1).

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

1.- CASO CLÍNICO PARA INTRODUCIR EL PROBLEMA

María es una mujer de 50 años, divorciada hace 3, con dos hijos, varón de 25 y mujer de 27 años. Apenas tiene estudios primarios. Siempre se ha dedicado a la limpieza trabajando en contratas, hasta hace dos años cuando sufrió un episodio de dolor abdominal que requirió un largo estudio digestivo hasta descartar patología orgánica. María venía sufriendo dolores en cabeza, espalda y rodillas desde hacía unos 5 o 6 años, por lo que su médico de atención primaria derivó al servicio de reumatología del hospital de referencia quienes diagnosticaron gonartrosis leve y fibromialgia prescribiendo rehabilitación y tratamiento farmacológico. Así mismo, venía siendo tratada por un hipotiroidismo y obesidad por el servicio de endocrinología y nutrición y dado que los dolores eran cada vez más incapacitantes para la paciente y no se habían aliviado con antiinflamatorios y analgésicos habituales, había sido derivada a la unidad del dolor.

Había pasado tribunal médico a los 18 meses de su baja laboral y éste consideró que no reunía criterios de incapacidad por lo que había sido dada de alta. Alta que el abogado de la paciente, en su nombre había recurrido y estaba en espera de juicio. María se sentía maltratada por los médicos que habían valorado su caso, frustrada porque éstos no comprendieran su malestar e incapacidad pero decidida a seguir luchando en los tribunales por demostrarlo. Todo ello le había llevado a pedir cita reiteradamente al digestólogo, endocrinólogo, nutricionista, servicio de rehabilitación y unidad del dolor solicitando nuevos informes que aportar y cambios de tratamiento por ineficacia de los pautados en una espiral que había terminado con esos informes y una derivación de la paciente para control por su médico de atención primaria tras el alta del servicio de reumatología y a psiquiatría dada la persistencia en la demanda con sospecha de "depresión".

En su evaluación, María se mostraba molesta porque no consideraba su caso como psiquiátrico. A modo de presentación nos hizo un despliegue de informes médicos y de tratamiento pautados entre los que contamos hasta diez fármacos distintos vía oral más parches de opiáceos que, no conseguían nada más que un alivio mínimo de sus dolores. Además de los mismos, se añadían sentimientos de tristeza e impotencia, cansancio, llanto ansioso, hiperfagia y dificultades para mantener un sueño reparador e incapacidad para llevar a cabo la menor de las tareas domésticas culpando a los dolores y al cansancio de ello.

Hasta aquí, cualquiera habrá reconocido entre sus pacientes a muchísimas Marías y en muchos de los casos, la historia se queda ahí. En un círculo vicioso de peregrinaje por diversos dispositivos con demandas que generan sentimientos de impotencia en los médicos ante la incapacidad de aliviar el sufrimiento, de rabia por la agresividad encubierta o no de las Marías y que en muchos casos acaban en rechazo y en dudas sobre la sinceridad de la queja llegando a sospechar rentismo o simulación.

Sin embargo, si damos tiempo y adoptamos una actitud de escucha empática, la paciente de mi ejemplo presentaba factores biográficos y socioambientales muy significativos y que voy a resumir. María tenía una historia personal en la que se la consideraba el "patito feo" entre sus hermanas por ser gordita y morena, al contrario que ellas, hasta el punto de burlarse reiteradamente

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

llamándola adoptada; vivencia de cierto rechazo por su madre quien anteponía los intereses de las demás a los suyos. Su padre, fallecido hace dos años, era el único que parecía sensible a sus necesidades y se mostraba detallista y afectuoso con ella; a pesar de todo, María se mostraba aparentemente alegre y echada para delante ante las dificultades estando siempre dispuesta a anteponer los deseos de sus hermanas o de su madre a los suyos esperando un afecto y un reconocimiento que nunca tenía lugar. Su matrimonio tampoco arregló las cosas porque su marido, de nivel económico bajo tampoco fue del agrado de su madre ni hermanas por lo que la paciente se sentía marginada en las reuniones familiares y sólo era invitada para "ser la chacha" de todos.

Hace tres años, el marido la abandonó por otra mujer tras haberle contagiado un condiloma plano y dos semanas atrás, ha recibido un requerimiento judicial por deudas contraídas por su marido mientras estuvieron casados en régimen de gananciales y haber sido denunciado por impago.

Explicando todas estas circunstancias detectamos una gran rabia no expresada hacia la familia y escasa asertividad con alta necesidad de estimación lo que ha favorecido siempre sus conductas sumisas y autodevaluadoras ocultando el fuerte malestar interior, en parte, por su incapacidad de expresión pero también por presión del entorno. María no ha podido nunca quejarse y ella misma decía con gran rabia: << Cuando intento hablar con mi hijo de los abusos de mis hermanas y de cómo mi madre les apoya a ellas, él me contesta: ¡ya estás otra vez, mamá! Así que es mejor callarse>>.

2.- INTRODUCCIÓN HISTÓRICA DE LOS SIM (Síntomas médicos inexplicables).

George Beard describió un cuadro caracterizado por malestar general, debilidad, falta de apetito, fragilidad persistente en la espalda y en la columna vertebral, dolores neurálgicos fugaces, histeria, insomnio, hipocondría, falta de interés por trabajo manual continuado, dolores de cabeza agudos y agotadores, sin síntomas de anemia ni de enfermedad orgánica (2). A primera vista muestra muchas similitudes con la historia de mi ejemplo, solo que Beard lo relató en 1869 en su obra *Nervous Exhaustion* y lo denominó neurastenia, término que se modificó en 1890 por el de miolastenia (3).

La fatiga psíquica y el surmenage intelectual tan de moda en esa época fueron muy estudiados en el fin de siglo francés. Su descriptor definió la neurastenia como "*agotamiento nervioso resultante de la vida moderna*" y donde el factor social aparecería en primer plano de la etiología.

En 1902, Willy Hellpach en su obra "*Nerviosidad y Cultura*" asoció el importante aumento de casos de neurastenia "*al violento desapego de las tradiciones*".

Diversos autores apoyaron la hipótesis de que esta nueva epidemia era secundaria a las demandas de la vida moderna con el desarrollo de la técnica, las rápidas transformaciones, las crecientes exigencias sociales y económicas, la exigencia de ser productivos, el aumento de las necesidades y de las pretensiones de gozar de la vida. El resultado, según Janet (1932), era un debilitamiento de los nervios producido por factores exógenos. Así surgió el concepto de trastorno funcional y la novedosa idea de que la vida en sociedad puede enfermarnos. Decía Ehrenberg que la psicología

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

científica irrumpió en Francia y como consecuencia << otorgó a lo ilusorio, algo así, como un criterio de realidad >> (2).

Aunque las somatizaciones no eran nuevas. Los egipcios en el año 1900 aC describieron en el papiro de Kahun una enfermedad con quejas físicas sin causa médica que las justificase (4) y hace 2000 años, Galeno afirmaba que el 60% de los que iban al médico sufrían síntomas que eran más emocionales que físicos (5) y en el Corpus Hippocraticum a ese tipo de quejas se le denominó histeria (4). Pero no sería hasta el periodo entre las dos guerras mundiales cuando se introdujo en medicina un nuevo concepto: el papel de los factores psicológicos del enfermar y se definieron las enfermedades psicosomáticas en las que un conflicto o trauma emocional era el origen de la patología física.

La sociedad comprende fácilmente que una dolencia física se acompañe de sufrimiento psicológico, pero que un malestar psicosocial se exprese en forma de somatización es, aún hoy, menos aceptado socialmente y sin embargo esta visión dio lugar a la escuela psicosomática que desde entonces supondría una nueva forma de entender la medicina (6).

En sus orígenes, Steckel entendía la enfermedad psicosomática como una neurosis profunda que provocaría síntomas somáticos (concepto muy cercano a la conversión). Un problema que ya apuntaba este autor, era que la somatización podía convertirse en un estilo de vida para el paciente y por tanto, ser muy resistente al cambio. Alexander (1950) de la escuela de Chicago se centró en las diferencias entre la conversión freudiana y la enfermedad psicosomática (7).

Para la escuela de París a mediados del siglo XX la somatización era el resultado del decaimiento de los sistemas defensivos habituales (represión, desplazamiento, proyección) sin que los conflictos tuvieran representación mental, por lo que es el cuerpo el lugar en el que se expresan (7).

En la actualidad, la somatización para Lipowski es la tendencia a experimentar y comunicar el malestar psicológico e interpersonal en forma de quejas somáticas y síntomas médicamente inexplicables. Aunque se ha estudiado la importancia de una predisposición del paciente en la aparición de somatizaciones, (8) diversos autores comienzan a hacer hincapié en el efecto amplificador que la sociedad (9) y sobre todo que los médicos, pueden tener a la hora de entender el problema según sea o no, reforzado con nuestras intervenciones (10).

Si intentamos entender un fenómeno tan complejo como la somatización desde el modelo biologicista encontraremos que no encaja bien en ninguno de los criterios de clasificación actuales. Además, muchos de los pacientes que consultan presentan cuadros subsindrómicos que tampoco pueden ser diagnosticados de trastorno somatomorfo. Por eso Sharpe y cols (11) proponen eliminar esta categoría diagnóstica, así como evitar, cito textualmente, *patologías hipotéticas como la fibromialgia* y crear un eje que registre factores biológicos, psíquicos y sociales. Estos autores prefieren denominarlos síntomas médicos inexplicables (SIM).

Aunque el paciente somatizador es habitual en la práctica médica, hasta un 25-30% de las consultas de atención primaria corresponden a este grupo (4), el hecho de ser un paciente muy crónico, demandante, consumidor de recursos y poco agradecido, despierta un fuerte rechazo no sólo en

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

atención primaria, sino que la psiquiatría tampoco ha mostrado demasiado interés, más allá de la disputa teórica desde distintas escuelas (psicoanalítica, cognitiva, psicósomática, organicista, social) sobre la etiqueta diagnóstica y el origen preponderante del cuadro (intrapsíquico, amplificación somatosensorial, consecuencia de la modernidad, fallo cerebral etc). Simultáneamente, otras especialidades eran testigo de demandas de pacientes con síntomas sin causa orgánica aparente y la denominación de los mismos ha dependido del enfoque de quien las estudiara pero siempre desde un modelo médico. Gonzalez Carmona (1999) enumera 34 cuadros somáticos con dolor crónico a lo largo de la historia, algunos que han pasado más desapercibidos y otros con mayor fortuna pero donde el dolor y la ausencia de aparente causa orgánica es común a todos ellos (3).

Los reumatólogos, por su parte, tenían que atender numerosos pacientes con síntomas aparentemente reumáticos pero que no tenían lesión orgánica. Debido a la costumbre de clasificarlo todo, había que denominar aquel cuadro de alguna forma y en 1843 Frierip lo comenzó a llamar desorden inflamatorio. Pero como la inflamación no parecía existir, de modo análogo a la de otros síndromes reumáticos, se le fue cambiando de nombre en un intento de aumentar la precisión. Así en 1904 fue la fibrositis de Gowers; en 1947 el reumatismo psicógeno y finalmente en 1976 Hensch lo denominó fibromialgia (3), término que ha gozado de gran predicamento y se mantiene en la actualidad con gran profusión.

Sin embargo, para la psiquiatría y la psicología clínica que han asistido sorprendidas pero con escasez de voces y cierto temor a expresar públicamente su crítica en contra del descubrimiento de esta "nueva enfermedad", el síndrome parecía muy relacionado con la histeria clásica de Freud, los trastornos conversivos o los trastornos por dolor somatomorfo, actuales (12,13,14).

De igual forma, otras especialidades atendían otro síndrome, primo hermano de la fibromialgia y que, debido a la controversia que despertó desde su origen y a la dificultad en aceptarlo, junto con las presiones de diversos grupos, llegó al Parlamento inglés, quien se pronunció públicamente afirmando de que <<se trataba de una enfermedad real y grave>>, hecho éste que no puede por menos que sorprendernos por lo irregular del caso.

Sin embargo, pese a todos esos intentos para forzar su existencia como entidad morbosa específica no hay argumentos científicos a favor y todavía hoy, su aceptación parece moverse entre la fe y la ciencia.

Cuando vemos el ardor de algunos grupos en su defensa no podemos evitar remontarnos en la historia y recordar otros síndromes que tuvieron su época de esplendor y que curiosamente, desaparecieron por completo años después. Para Zeman Adam, la fatiga crónica sería el mismo problema que la neurastenia o agotamiento nervioso que se diagnosticaba "*entre las mujeres de buena familia en la Inglaterra victoriana*" o "*la fatiga del combatiente*" de las trincheras de la primera guerra mundial que, a su vez sería la precursora de la "*encefalomielitis miálgica*" de los años cincuenta, de "*la astenia del ejecutivo*" de los años ochenta y que actualmente es reconocida como "*síndrome de fatiga crónica*" (15).

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

3.- ALGUNOS APUNTES SOBRE LA FIBROMIALGIA/SINDROME DE ASTENIA CRÓNICA

Son muchos los autores que no encuentran un límite claro entre estos síndromes que se solapan unos con otros, (16,17,18,19,20,21) y hay quien propone un síndrome único fibromialgia/síndrome de astenia crónica. No quedan claras las diferencias entre dolor y fatiga y la asociación estrés y depresión o personalidad con estos cuadros (22).

No es difícil encontrar a la FM incluida dentro de los Trastornos Somatomorfos (23) o en los Trastornos por somatización, unida al síndrome de Fatiga postviral o al síndrome de Fatiga Crónica (3).

Todas estas confusiones se deben a que pese a todos los intentos clasificatorios y de objetivación, la realidad es que la fibromialgia no tiene una definición nosológica concreta ni criterios diagnósticos claros (3) y pese a la cantidad de marcadores biológicos presentados, más de 50 alteraciones orgánicas (asociación AFRIANCA) ninguno es claramente concluyente.

Pero es que además, ninguna de las medidas terapéuticas probadas, sean fisioterapéuticas, psicoterapéuticas, farmacológicas o alternativas ha resultado eficaz, exceptuando una eficacia parcial en el alivio del dolor con antidepresivos tricíclicos y con ciclobenzaprina (3, 24) o el ejercicio aeróbico moderado.

Es decir, que tras cientos de publicaciones sobre estos síndromes seguimos sin saber si son diferenciables entre sí, si estamos denominándolos de forma diferente en función del síntoma que consideramos predominante y sobre todo, si hemos avanzado algo desde la época de la neurastenia. Sin embargo, independientemente de su etiología real sí se han producido cambios desde que el síndrome de fatiga crónica y sobre todo desde que la fibromialgia fueron "rebautizadas" así.

4.- CONSECUENCIAS DE LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA DE HENCH.

Para los pacientes, etiquetar este síndrome como orgánico, supone una aparente mejora. La fibromialgia y el síndrome de astenia crónica, ya no son más "psicológicos" o lo que para muchos es sinónimo de debilidad cuando no de rentismo (25).

Desde la psicología y psiquiatría se critica esta visión reduccionista, pero lo cierto es que no es de extrañar que los pacientes rechacen la etiqueta de enfermo mental puesto que a lo largo de la historia, el loco no ha podido ser tratado de forma más peyorativa. Desde considerar la enfermedad mental ligada al pecado original (Hildegarde von Bingen 1098-1179); cuando no al demonio; en otras épocas considerados rebeldes; lunáticos (bajo el influjo nocivo de los astros), incluso en el mismo Renacimiento, asociales, ociosos e inútiles para la sociedad. Y así, aunque a lo largo de la historia ha habido autores que se han aproximado al paciente mental como enfermo, ha seguido coexistiendo la visión de éste como peligroso e incurable (degeneración de Morel), y en todo caso sufridor de una enfermedad del alma generada por el pecado (26, 27, 28).

Y es aún en nuestros días, pese al supuesto desarrollo científico que nos permite hablar de déficit de neurotransmisores, receptores o segundos mensajeros que el estigma de ser etiquetado como

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

enfermo mental sigue suscitando en el otro, una imagen peyorativa de peligro, deficiencia, vicio u ociosidad. Por eso, aquellos grupos de personas con mayor funcionalidad y capacidad de respuesta luchan encarecidamente por salirse del estigma, buscando en la organicidad y en la falta de desarrollo actual de los conocimientos, el espacio en el que situarse para permitirse a sí mismos la queja y para que los demás se lo permitan sin crítica.

Es por esto, por lo que cuando la reumatología se mostró interesada en diferenciar este síndrome de otros reumatológicos y le dio nombre, fue tan bien acogido por los enfermos. La reivindicación del origen somático desconocido les dio voz y fuerza para comenzar a asociarse, y demandar estudios científicos. Rápidamente surgieron grupos de expertos desde distintas especialidades o ¿debemos pensar que fue al contrario? ¿La aparición de expertos que desde distintas sociedades científicas (29,30) exigían el reconocimiento del problema y demandaban distintos tipos de atención crearon artificialmente la demanda dando forma concreta a los síntomas médicos inexplicables que padecían muchas personas?

Esta hipótesis no es tan extraña ya que, asistimos constantemente a fenómenos de crecimiento de patologías en relación a intereses concretos, muchos de ellos comerciales, que crean artificialmente la necesidad y la demanda (31).

Los propios medios de comunicación, ávidos de noticias, han favorecido la divulgación de determinados procesos haciendo hincapié en la queja y la reivindicación, y refuerzan la noticia mediante entrevistas a supuestos expertos quienes las utilizan para inflar su ego, pero sobre todo, se dan a conocer por el gran público, lo que a su vez redundará en un crecimiento de sus consultas privadas y en espiral favorecerá que sean cada vez más y más demandados "sus conocimientos" en congresos, conferencias, asociaciones de enfermos, medios de comunicación etc.

Evidentemente, la industria no está dispuesta a quedarse al margen porque estos síndromes inespecíficos son un campo potencial de crecimiento exponencial de ventas. Así han aparecido fármacos supuestamente específicos para los problemas de ansiedad, sueño, o dolor de los pacientes con fibromialgia y ellos mismos promueven estudios, cursos, conferencias y siguen encumbrando "expertos" y la espiral continúa.

Lo cierto, es que la mayoría de los profesionales de la Salud Mental asistimos excépticos a la emergencia de este nuevo síndrome, pero también, en casi absoluto silencio. ¡Por fin, alguien que no éramos nosotros se iba a hacer cargo de pacientes tan poco agradecidos!

Sin embargo, aunque los pacientes y los propios reumatólogos vivieron un momento de euforia en el que la solución al problema parecía más próxima, tras la luna de miel vino el desencanto. Ni los abordajes farmacológicos ni fisioterapéuticos tenían resultado superior al placebo pero los pacientes seguían demandando más y más atención y sobre todo, solución a lo que les decían que eran sus problemas somáticos reumatológicos.

Entonces, las propias asociaciones de enfermos apoyadas por aquellos expertos del principio comenzaron a difundir el mensaje de la fibromialgia como enfermedad crónica, incurable y lo que es aún peor, incapacitante hasta la invalidez. Las primeras, reafirmando su incapacidad y justificándola

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

y los segundos, intentando evitar en sí mismos sentimientos de impotencia y fracaso.

Esta idea es una y otra vez repetida en las distintas páginas web de las asociaciones de enfermos, donde podemos encontrar hasta cuentos para niños explicándoles en qué consiste la enfermedad, y que bajo el aparente intento de evitar el rechazo y el estigma oculta una peligrosa realidad: la creación de una "*cultura de la enfermedad*" que se transmite con gran rapidez y eficacia entre los propios enfermos y sus familias. Ambos asistirán y anticiparán pacientemente lo que se les avecina potenciando actitudes neuróticas y regresivas en contra de formas de afrontamiento activas y más sanas.

Era esperable que el reduccionismo organicista, la visión simplista de este síndrome y otros similares no podía sino tener efectos placebo iniciales de muy corta duración. Los muy distintos estudios sobre personas con fibromialgia han permitido observar que a una mayor vulnerabilidad biológica al estrés, se le añaden cargas familiares y laborales crónicas y pesadas, acontecimientos traumáticos en su biografía de muy diversa índole, disarmonías relacionales y déficits afectivos consecuencia de las anteriores, así como unos rasgos de personalidad que predisponen a la autoexigencia, baja asertividad, control de emociones negativas como la ansiedad y la ira y patrón rígido de funcionamiento en relación con el ideal de género socialmente transmitido. Para Camino, la fibromialgia puede ser definida como <<la somatización de la ira>> (32).

O sea, que parecen existir más factores asociados al dolor e inflamación muscular que no son estrictamente de carácter biológico sino psicosocial pero que suelen ser bien negados o desatendidos.

Estamos en una época marcadamente intervencionista e impulsiva en la que se nos ha olvidado preguntarnos si lo que hacemos redundante realmente en una mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes. ¿Qué se ha conseguido desde que en 1996 la OMS reconociera a la fibromialgia y desde que tengamos un día (12 de Mayo) dedicado a este síndrome, este año 2011 bajo el lema: <<Hagamos visible lo invisible>>.

La respuesta que me ocurre no puede ser más desalentadora.

-Estamos **reforzando la creencia de enfermedad**, lo que supone uno de los cuatro mecanismos descritos por Caballero (23) como responsables de la amplificación y mantenimiento del cuadro, cuando el foco de la terapia debiera ir dirigido a evitar centrar aún más la atención del paciente en el síntoma (dolor, cansancio) y dirigirlo hacia el estilo de vida autoexigente, perfeccionista y pasivo-agresivo.

-Estamos **potenciando las actitudes de indefensión y pasividad**, así como **distorsiones cognitivas y emociones negativas**. El paciente se dice a sí mismo y dice a su entorno: "No puedo hacer nada para mejorar por lo que no me pidas que mejore".

-Estamos no solo **reafirmando el rol de enfermo** sino el peligroso **victimismo**, que a su vez se acompaña con demandas constantes de atención y reparación patológicas, cuando el objetivo debiera ser favorecer actitudes de afrontamiento proactivas.

¿Qué clínico con experiencia en la atención a personas recién diagnosticadas de fibromialgia no ha

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

oído la queja: << Llevo así 8 años y nadie hasta ahora me había dicho lo que tenía?>> Como si de la etiqueta surgiera la solución al problema, pero nada más lejos de ello. La paciente, la mayoría son mujeres, continuará doliente y quejosa, sobrecargando las consultas sin que nada le alivie ni solucione su sufrimiento y provocando un efecto contrario al que busca. La depositación de su propia impotencia y su rabia en el médico hace que éste sienta una contratransferencia muy negativa hacia ese grupo de usuarios/as. Lejos de favorecer el cuidado y la atención empática, la respuesta del profesional será frecuentemente el rechazo y el abandono, disfrazado de derivación a otro dispositivo. Así el círculo se cierra y la recién diagnosticada enferma se volverá a sentir víctima y más enferma y luchará con más fuerza por conseguir el reconocimiento social de su merecido estatus.

Así surgen los movimientos asociacionistas de pacientes fibromiálgicos que se constituyen como lobbys de poder, presionando y fomentando reivindicaciones colectivas muchas de ellas apoyadas por los grupos de expertos lo que, en caso de conseguir, traerá aparejadas las prestaciones económicas por bajas laborales, incapacidad permanente o minusvalías. Además, ante esos clientes potenciales aparecen bufetes de abogados, también especializados que por su propio interés, mantendrán abiertas las demandas con recursos en cadena afirmando que lo hacen para velar por los derechos de los pacientes.

Sin embargo, esta es, en mi opinión una trampa para el enfermo, puesto que de todos los profesionales de la salud mental es sabido que las ganancias secundarias de la enfermedad son un claro factor de mantenimiento del problema (6,23). Y dice Leal que <<quizás en estos pacientes más que en otros es preciso vigilar la posible iatrogenia que desde un sistema sanitario, que valora sólo las incapacidades y problemas físicos puede producir, haciendo muy difícil que desaparezca la atribución a patología orgánica que de las somatizaciones va a elaborar el paciente>>(6). Incluso algunos autores proponen que pese a que la fibromialgia no es una forma de rentismo, la baja laboral debe ser algo excepcional (3).

Esos mismos grupos, reconociendo el desconocimiento de factores etiológicos de estos problemas, abogan por el abordaje multidisciplinar centrado en los síntomas. Así se recomienda seguimiento por AP, reumatología, psiquiatría, psicología, unidad del dolor, fisioterapia y rehabilitación y todo esto sin tener en cuenta la cantidad de terapias alternativas (fitoterapia, homeopatía, acupuntura, flores de Bagh, ozono etc etc) que no hacen sino centrar la atención en el síntoma, reforzar la polifarmacia, el estatus de enfermo, y la necesidad de cuidados. Pero ¿qué efectos encontramos tras esas intervenciones multidisciplinarias?

-**Escasos resultados terapéuticos**, muchos de ellos similar a placebo.

-**Polifarmacia con riesgo de interacciones, efectos secundarios y toxicidad.**

- **Aumento del gasto sanitario** por la alta frecuentación de servicios, implicación de muchos profesionales, gran cantidad de fármacos prescritos y de terapias no farmacológicas (5)

-**Cronificación del cuadro.**

-**Deterioro emocional del paciente** por no alcanzar las expectativas iniciales de cuidados y

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

de resolución de problemas.

-Deterioro psicosocial y aislamiento.

-Beneficios secundarios: cese de obligaciones laborales y familiares; demanda constante de cuidados y consumo de éstos; aumento de la tolerancia social y familiar; y posibles compensaciones económicas (33).

Como resultado último encontramos un mantenimiento e incluso, empeoramiento de la situación de estrés crónico inicial con importantes pérdidas en la vida cotidiana y en suma una **pobre calidad de vida**, inferior, incluso a la de enfermos con cáncer (34).

5.- APUNTES SOBRE BIOÉTICA EN EL TRATO AL PACIENTE CON SIM

Sin dudar de la buena voluntad de todos los profesionales que atendemos a estos pacientes (35) me gustaría detenerme en una reflexión: ¿Desde la ética médica estamos haciendo lo mejor para estas personas?

Para contestarla repasemos los seis principios básicos descritos por Williams (36,37). El primero sería *preservar la vida*; el segundo *aliviar el sufrimiento*; el tercero, *al menos no perjudicar...*; el cuarto *respetar la autonomía del paciente como individuo*; el quinto, el concepto de la justicia reflejado en el esfuerzo de *garantizar que los recursos médicos sean distribuidos equitativamente*; el sexto, *es decir la verdad*.

Estos principios, a veces entran en contradicción unos con otros y es necesario sopesar pros y contras para poder decidir sobre cada caso en concreto, y además, también están sujetos a discrepancias de interpretación y decisión por distintos médicos igualmente escrupulosos, pero todo ello no implica que debamos olvidarlos e incluso añadir un nuevo principio como es *hacer el bien a los pacientes*. Dice Arechederra que la medicina tiene un límite respecto a lo que se puede hacer por una persona determinada, especialmente si esos límites se deben a una ausencia absoluta de conocimientos científicos...(36)

Desde el "Estatuto de profesionalismo para el nuevo milenio"(**American Board**), destinado a sustituir al juramento hipocrático se proponen los principios de *primacía del bienestar del paciente y su autonomía*, y como compromiso de los médicos *la competencia profesional, la honestidad con los pacientes, el mantener relaciones apropiadas con ellos, mejorar la calidad de la atención, la fidelidad al conocimiento científico, las responsabilidades profesionales y la confiabilidad en el manejo de los conflictos de intereses*.(38)

Si revisamos lo que está ocurriendo con la fibromialgia y patologías similares, si bien, al médico la ética no le exime de aliviar el sufrimiento de estos pacientes, sí entraríamos en conflicto al analizar el tercer principio en lo referente a nuestras actuaciones con ellos. ¿Podemos justificar el empleo de todo tipo de fármacos y terapias poco o nada comprobadas científicamente, incluso en aquellas que ofrecen escasos resultados y asegurar que por el contrario, no es malpraxis o están siendo iatrógenas para el paciente? Como hemos venido desglosando antes, incluso nuestras concepciones

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

a priori sobre el síndrome están siendo iatrógenas, al transmitir la indefensión y la impotencia, cuando no a crear falsas esperanzas de curación.

Diversos autores desde Atención primaria principales receptores iniciales y finales de la mayoría de pacientes con síntomas médicos inexplicables se han interesado por el manejo real de los mismos (39) para encontrarse con la contradicción de que si bien la mayoría de los profesionales del estudio reconocían un origen psicosocial de los síntomas, sin embargo, prescribían mayoritariamente fármacos aún sabiendo que eran inefectivos casi siempre. (10).

Entonces, ¿estamos aliviando el sufrimiento? El principio ético no se refiere al dolor físico de la paciente fibromiálgica o el cansancio de la fatiga crónica, sino al alivio del sufrimiento humano en lo que supone de relación entre dos personas, en la que una pide ayuda y la otra está en disposición de ayudar. Es el alivio del sufrimiento desde lo que supone la función más básica y primordial del médico (40).

Se nos ocurre la defensa fácil de culpar a los propios usuarios por demandar "pastillas" y presionar al médico, pero en el estudio de Ring encontraron que el paciente no pedía directamente medicación pero los facultativos solían ser poco empáticos y poco sensibles a las necesidades psicosociales que les planteaban (10) por lo que recurrir a la receta parece una fórmula sencilla para quitarse al paciente de en medio, e incluso mantener la conciencia tranquila autoengañándonos al creer que estamos haciendo algo por el enfermo.

Sin embargo, siempre deberíamos tener presente en todas nuestras intervenciones el título de esta ponencia, <<primum non nocere>> y las interesantes recomendaciones para la aplicación de este concepto aportadas por Lifshitz (1):

- Refrendar el compromiso con el paciente antes que con nada ni nadie.
- Sistematizar o protocolizar los procedimientos a manera de prever las contingencias y minimizar los riesgos.
- Evitar a toda costa el sufrimiento innecesario.
- Valorar siempre los beneficios en función del riesgo.
- Evitar las acciones superfluas o excesivas.
- Mantenerse permanentemente actualizado y apto para ofrecer siempre la mejor alternativa existente.
- Minimizar la magnitud de los desenlaces dañinos inevitables.
- Prescribir sólo lo indispensable.
- Consultar las dosis e indicaciones de los medicamentos; no hay ningún desdoro en hacerlo frente al paciente.
- Si hay una persona más apta que uno para realizar un procedimiento, referirle al enfermo o solicitarle asesoría y supervisión.
- En igualdad de circunstancias, elegir la opción menos costosa.
- Denunciar fraudes y charlatanes. Probablemente será necesario crear un sistema para ello,

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

en donde se eluda el riesgo de canibalismo por razones de competencia comercial.

- Dedicar tiempo suficiente a las explicaciones.
- Informar debidamente al paciente de los riesgos y de la necesidad de informar al médico sobre los eventos adversos y reportarse.
- Considerar la autodeterminación del paciente competente y hacerlo participar en las decisiones que le conciernen.
- Analizar los propios errores y sacar debido provecho de ellos corrigiendo los defectos y superando la ignorancia. Ello significa una práctica reflexiva y dialéctica, que elude las rutinas.

Los pacientes con fibromialgia sufren, pero no tanto por el dolor físico en el que centran toda su atención como por consecuencia de su deterioro bio-psico-social. En acertadísima expresión una enferma resumió su problema diciendo *<<lo que nos duele es la vida>>* (32) y es función de los profesionales que les atienden ayudarles a entender su sufrimiento de una forma global y amplia y a que comprendan el proceso para que puedan concentrar su esfuerzo en actuar sobre factores modificables para mejorar su calidad de vida (42, 43, 44).

Y ¿qué ocurre con el sexto principio ético de Williams? Realmente, ¿les estamos diciendo la verdad? Sinceramente, creo que no. No me refiero a la crudeza de quien sin preparación para asumirlo le dice al paciente que tiene un cáncer sin solución y lo hace en aras de la sinceridad. Me refiero a la creación de falsas esperanzas basadas en estudios de todo tipo sí, pero con escasas conclusiones relevantes y que en realidad, suenan más a intereses narcisistas de profesionales que buscan hacerse un lugar o mejorar su curriculum, pero que tras el diagnóstico y estudio derivan al paciente sin ocuparse de su sufrimiento. Me refiero a los profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos que no han hecho nada por transmitir una comprensión más global del cuadro. Luego, cuando el reumatólogo perdió interés por un paciente demandante e incómodo y comenzó a devolverlo a las consultas de psiquiatría, la actitud reivindicativa, quejosa y cronificada acentuada por la fuerza del nuevo diagnóstico del paciente fibromiálgico hizo que fuera mucho más difícil su abordaje psicológico y continuara siendo peloteado contribuyendo a la iatrogenia y a la cronificación. Dice Arechederra que antaño *<<la libertad clínica era el derecho de los médicos para hacer lo que en su opinión era mejor para sus pacientes... Cuando los tratamientos eran tan inocuos como ineficaces la opinión del médico era lo único que existía, pero ahora la opinión no es suficiente. Si no tenemos recursos para hacer todo lo técnicamente posible, la intervención médica debe limitarse a lo que sea de eficacia probada y la profesión médica tendrá que dejar su opinión a un lado>>* (36). Si pensamos en lo que se está haciendo con el paciente fibromiálgico en el día a día veremos que cada especialista ve una realidad parcial del problema e intenta que su opinión no contrastada científicamente prevalezca. Ello supone que cada uno prescribe fármacos y terapias "por si acaso" sabiendo que ninguna de ellas ha probado su eficacia en estos pacientes (19, 24). Presuponiendo la

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

bondad en estos prescriptores debemos pensar que están intentando aplicar el principio ético de aliviar el sufrimiento, aunque sea solo físico del paciente, y que desean realmente lograr una mejoría del mismo dadas sus angustiosas y constantes demandas pero no están teniendo en cuenta la escasez de recursos, la ausencia de eficacia probada y por tanto están faltando a la verdad con el paciente y con la sociedad en su conjunto (45).

En toda ciencia y también en la medicina, intervienen tres elementos fundamentales: el teórico, el práctico y el ideológico.

El teórico es un modo de explicarse el mundo que acaba dando lugar a un cuerpo de conocimientos determinado; el práctico pretende contrastar el saber científico; y el ideológico señala que la ciencia no es neutral, y puede ser utilizada con fines tan antagónicos como la liberación del hombre o su dominación y que el progreso científico, aunque es una condición importante no es suficiente para alcanzar el progreso social (28).

Hipócrates de Cos (460-370 aC) comprendió al hombre como una unidad psicosomática y a la enfermedad como un desequilibrio humoral o trastorno del pneuma, y su curso dependiente de la forma en que la physis restableciera el equilibrio. Lo que ya en los albores de la historia de la medicina y la psiquiatría dijo este erudito, habría que retomarlo en este siglo XXI en el que parece que hemos avanzado tan poco en el conocimiento. Para Hipócrates de Cos lo importante no era la enfermedad sino el enfermo (27).

Tal vez, no tengamos la respuesta ni la solución a todos los problemas de nuestros pacientes somatizadores, pero es muy probable que muchos de ellos agradecerían que nos despojáramos de nuestra omnipotencia y supuesta sabiduría y reconociéramos delante de ellos nuestras limitaciones y las de la ciencia pero continuaríamos practicando el acercamiento empático y humanista que dio origen a nuestra profesión y recordar que *<<la prescripción encierra un compromiso. Y como en todo compromiso, lo primero es no dañar, ser honestos, conocer los límites y los riesgos hasta donde estamos dispuestos a llegar y compartir las incertidumbres, mezclando a partes iguales arte, valores y ciencia con humildad (37,41).*

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

BIBLIOGRAFIA

1. Lifshitz A. El significado actual de Primum non nocere. Seminario http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.html
2. Ehrenberg L. La fatiga de ser uno mismo. (Depresión y sociedad). Ed Nueva Visión. 2000 Argentina.
3. González Carmona F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico no clasificado? La fibromialgia. Psiquiatria.com (revista electrónica) 1999 Septiembre (citado 1 de Octubre 1999);3:3(41 pantallas)
4. García-Campayo J, Sanz C, Arévalo E. Aspectos transculturales de los fenómenos de somatización. Capítulo 6 en: Actualización en Trastornos Somatomorfos. García-Campayo J, Salvanés R y Alamo C. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2001.
5. Bermingham SL, Cohen A, Hague J, Parsonage M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-09 Ment Health Fam Med 2010 June;7(2):71-84
6. Leal C. El problema de las somatizaciones en: Psiquiatría y otras especialidades médicas. Editor Pichot P. Farmaprés (Grupo Aula Médica). Madrid 1998
7. Salvanés R, Rodríguez L, Sarasa MD. Bases psicodinámicas de los Trastornos somatomorfos. Capítulo 3 en: Actualización en Trastornos Somatomorfos. García-Campayo J, Salvanés R y Alamo C. Editorial Médica Panamericana. Madrid 2001.
8. Rodríguez del Alamo A. Fibromialgia: su correlación con alexitimia, depresión y ansiedad.
9. Hilberg A, Martin A, Zech T, Rauh E, Rief W. J. Patients with medically unexplained symptoms and their significant others; illness attribution and behaviors as predictors of patient functioning over time. Psychosom Res 2010 Mar;68(3):253-62
10. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Soc Sci Med 2005 Oct;61(7): 1505-15
11. Sharpe M, Walker J. Symptoms: a new approach. Psychiatry 2009;8(5):146-148
12. Ramos J. Fibromialgia: ¿La histeria en el capitalismo de ficción? Revista de la AEN, 2004;24(89):115-128
13. Martínez Farrero P. Fibromialgia: Una nueva enfermedad o una Antigua conocida..

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

Informaciones Psiquiátricas 2010;(199)

14. Flor-Henry et al. A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biol Psychiatry* 1981;16:601-626
15. Zeman A. Retrato del cerebro. Biblioteca Buridán. España 2008
16. Psychiatric consultation in somatization disorders. *N Engl J Med* 1986;314:1407-1413
17. Smith et al. Patients with multiple unexplained symptoms. 1986;146:69-72
18. Gasulla Roso JM. Una aproximación conceptual a los síntomas inexplicables medicamente (SIM). 11 Congreso Internacional de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. www.interpsiquis.com Febrero-Marzo 2010
19. Díez Martín J. Salud mental basada en pruebas. Breve introducción teórico-práctica: ¿Por dónde empezar? ¿Por qué y cómo acceder a las pruebas? A propósito de un caso diagnosticado de Fibromialgia. 4º Congreso Virtual de psiquiatría. Interpsiquis 2003.
20. Rojo Moreno J. La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos.. Ed Albatros. 2008.
21. Hadler NM. Fibromyalgia, chronic fatigue, and other iatrogenic diagnostic algorithms. Do some labels escalate illness in vulnerable patients? *Postgrad Med* 1997 Aug;102(2):161-6,171-2 passim.
22. Van Houdenhove B, Kempke S, Luyten P. Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Jun;12(3):208-14.
23. Caballero L. Aspectos psiquiátricos de los síndromes somáticos funcionales (SSF). Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero-15 de marzo 2000; conferencia 49-CI-D: Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_d.htm
24. Häuser W, Bernardy K, Uceyler N, Sommer Cl. Treatment of Fibromyalgia Syndrome with antidepressants. A meta-analysis. *JAMA* January 14 2009;301(2):198-209
25. Renduelles G. Ventajistas: de la fibromialgia a la histeria pasando por la simulación. *Revista de la AEN*, 2004;24(90):75-81
26. SanJuan J. Teoría de la Evolución en la Medicina. Ed Panamericana Madrid 2010.
27. Martos A. Historia de la Psiquiatría. Ed Temis Pharma. Barcelona 2000.
28. Huertas R. Del Manicomio a la Salud Mental. Para una historia de la psiquiatría pública. Fondo

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid 1992.

29. Piquiatría.com/ noticias. 26/ene/2011 Sociedad Española de Reumatología. Nace el Grupo de Estudio de Fibromialgia de la SER.
30. Piquiatría.com/noticias: 26/jun/2002 El Médico Interactivo. Expertos abogan para que se incrementen en todas las autonomías los equipos de investigación sobre el tratamiento de las fibromialgias.
31. Moynigan R, Doran E, Henry D. Disease Mongering es now part of the global health debate. www.plosmedicine.org 2008 May;5(5):0684-0686
32. Camino Vallhonrat A, Jiménez Rico B, de Castro-Palomino i Serra M, Fábregas M. Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2009;(XXIX) n.º 103: 203-215
33. Reilly PA. Fibromyalgia in the workplace: a management problem. Ann Rheum Dis 1993 April;52(4):249-251
34. Schrier M, Amital D, Arnsen Y, Rubinow A, Altaman A, Nissenbaum B, Amital H. Association of fibromyalgia characteristics in patients with non-metastatic breast cancer and the protective role of resilience. Rheumatol Int 2011 Sep 8. (Epub ahead of print).
35. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007 Mar 17;369(9565):946-55
36. Arechederra JJ, Ayuso PP, Choza J, Vicente J. Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos. Ed: International Marketing and Communications S.A. Madrid 1995.
37. Gordon D. Schiff, MD; William L. Galanter, MD, PhD; Jay Duhig, MA; Amy E. Lodolce, PharmD, BCPS; Michael J. Koronkowski, PharmD; Bruce L. Lambert, PhD. Principles of conservative prescribing. Arch Intern Med. 2011;171(16):1433-1440. (<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/short/171/16/1433>)
38. American Board of Internal Medicine, American College of Physicians. American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millennium. A Physician Charter. Ann Intern Med 2002;136:43-6
39. Frostholm L, Ornbol E, Hansen HS, Olesen F, Weinman J, Fink P. Which is more important for outcome: the physician's or the patient's understanding of a health problem? A 2-year follow-up study in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2010 Jan-Feb;32(1):1-8. Epub 2009 Oct 1.
40. Steinbrecher N, Hiller W. Course and prediction of somatoform disorders and medically

"PRIMUM NON NOCERE". LA FIBROMIALGIA Y OTROS SINTOMAS INEXPLICABLES MEDICAMENTE (SIM)

unexplained symptoms in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2011 Jul-Aug;33(4):318-26

41. <http://rafabravo.wordpress.com/2011/12/12/iniciativa-por-una-prescripcion-prudente-ipp/>
42. Lledó-Boyer A, Pastor-Mira MA, Pons-Calatayud N, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Bruehl S. Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. International Journal of Clinical and Health Psychology 2010, Vol. 10, Nº 3, pp. 459-476
43. Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptoms, presentations in ten UK general practices. Psychol Med 2011 Aug;31:1-10
44. Zautra AJ, Johnson LM, Davis MC. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. J Consult Clin Psychol 2005 Apr;73(2):212-20.
45. GARCIA, FM, GARCIA, GA y GARCIA, FM. **Iatrogenia y Dyspraxis Médica: Un enfoque bioético.** RFM. [online]. 2005, vol.28, no.1 [citado 15 Diciembre 2011], p.6-11. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.