

APRENDRE A CONVIURE AMB EL DOLOR

1. Introducció

La fibromiàlgia (FM) és una afectació de dolor crònic generalitzat i de causa desconeguda que afecta majorment les dones. L'FM es caracteritza per un dolor musculoesquelètic generalitzat associat amb alteracions del son, fatiga i símptomes cognitius (Häuser *et al.*, 2015; Wolfe *et al.*, 2013). Actualment, s'estima que un 2,9% de la població pateix aquesta patologia (Branco *et al.*, 2010). Molts dels afectats també presenten, al mateix temps, trastorns d'ansietat (18%) i depressió (8,2%) (Janssens *et al.*, 2015). Ara per ara, se'n desconeixen les causes, però s'ha observat, mitjançant exploracions neurofisiològiques, que els afectats presenten alteracions anatòmiques i funcionals del sistema de transmissió del dolor, la qual cosa es tradueix en respostes més ràpides al dolor i un llindar del dolor més baix (Feliu-Soler *et al.*, 2016).

La fibromiàlgia ja es va descriure en el segle XIX, però va ser Graham, l'any 1950, qui va introduir el terme modern de fibromiàlgia com una «síndrome del dolor», en absència d'una malaltia orgànica específica. Més tard es va adoptar el terme *fibromiàlgia* i també es van identificar regions d'extrema sensibilitat, denominats *punts sensibles* (Bellato *et al.*, 2012). L'FM és una malaltia reconeguda per l'OMS des del 1992 i està classificada sota el codi M79.7 de la Classificació Internacional de les Malalties (CIE-10) com a malaltia de reumatisme no articular (OMS, 2012). Actualment, s'ha apreciat que la fibromiàlgia comparteix anormalitats del sistema nerviós central (SNC) i simptomatologia amb altres trastorns. Aquesta nova perspectiva parteix de la unió de diferents condicions en la mateixa síndrome, la síndrome de sensibilitat central (CSS). En lloc de ser percebuda com una malaltia discreta, l'FM es considera ara un fenotip d'un espectre més ampli de trastorns, que en alguns pacients es presenten de forma mòrbida. El CSS inclou, a part de l'FM, la síndrome de fatiga crònica-encefalomièlitis miàlgica, sensibilitat química múltiple i l'electrohipersensibilitat (Hawkins, 2013).

Els criteris diagnòstics de la fibromiàlgia han anat evolucionant al llarg de la història. L'any 1990, l'American College of Rheumatology (ACR) els va establir basant-se en dos criteris: el primer, tenir dolor generalitzat i, el segon, tenir dolor en

palpar físicament onze dels divuit punts establerts (amb una pressió de 4 kg) (Wolfe *et al.*, 1990). Al cap de vint anys, es van reformular aquests criteris, ja que a la pràctica no es feia correctament; el diagnòstic tampoc no incloïa diferents símptomes que hi estan associats. Per això es van redissenyar els criteris diagnòstics en: 1) l'Índex de dolor generalitzat (*Widespread Pain Index*, WPI), que avalua el nombre de zones on hi ha hagut dolor la setmana anterior; i l'Escales de Severitat (SS), que avalua la fatiga, el somni no reparador, símptomes cognitius i símptomes somàtics. Fent la suma d'ambdues escales s'obté l'Índex de Severitat dels Síntomes (SSS), que dona un indicador de severitat; 2) els símptomes han d'haver aparegut durant els últims tres mesos, i 3) no es pateix cap altra malaltia que pugui causar el dolor (Wolfe *et al.*, 2010).

S'han pogut detectar diferents factors de risc, com ara: el sexe (ser dona), tenir un familiar afectat en primer grau (heretabilitat), presentar altres síndromes de dolor crònic (cefalees, dolors lumbar, còlon irritable...) i estrès emocional significatiu. D'altra banda, l'FM comporta elevats costos directes (visites mèdiques, prescripcions de fàrmacs) i indirectes (absentisme i baix rendiment laboral) en països industrialitzats (Feliu-Soler *et al.*, 2016). Avui dia, la intervenció principal recau en tractaments pal·liatius del dolor (analgèsics i antiinflamatoris), de l'ansietat (ansiolítics) i de la depressió (antidepressius), exercici i psicoteràpia, però tenen poca efectivitat (Grossman *et al.*, 2007). D'aquí ve la importància d'investigar noves intervencions més efectives.

En aquesta línia, apareixen les noves teràpies psicològiques de tercera generació, que es basen en la consciència plena (en el moment present), amb una perspectiva d'acceptació davant les experiències internes aversives. Entre les teràpies de tercera generació destaquem la Intervenció Basada en Mindfulness (MBI), que utilitza tècniques com la meditació, el hatha ioga, l'escàner corporal i la respiració diafragmàtica. En persones que pateixen de dolor crònic, la meditació facilita, segons Adler-Neal i Zeidan (2017): 1) l'acceptació del dolor, 2) la consciència no jurisprudencial de les experiències sensorials, i 3) la desvinculació de conceptes com el jo, els símptomes o esdeveniments estressants. A més, aquestes intervencions ajuden els pacients a participar en activitats i relacions socials, de manera que poden reduir l'estrès i la depressió.

Autora:
Nora Pérez Chalabi
Psicòloga col·legiada 18/189

Coordinador:
Xavier Borràs Hernández
Departament de Psicologia
Bàsica, Evolutiva i de l'Educació,
Universitat Autònoma de
Barcelona (UAB). TFG matrícula
d'honor 2017-2018 Facultat
de Psicologia. Universitat
Autònoma de Barcelona (UAB).

Agraïments:
Fibrolleida (Alt Urgell)
Amare (Andorra)
SAP (Servei acció psicològica)
UAB

En l'estudi d'Amutio *et al.* (2015), en què aplicaven una intervenció en mindfulness per a pacients amb FM (n=32), van trobar una millora respecte a l'expressió interna de la ira, l'ansietat i la depressió. Aquests canvis es mantenen fins a tres mesos després de la intervenció. En la mateixa línia, Lakhan i Schofield (2013) apunten, en una metanàlisi, que la intervenció de Mindfulness Based Therapies (MBT) en pacients amb trastorns somàtics (incloent-hi l'FM), genera un efecte de petit a moderat respecte a la reducció del dolor, la severitat dels símptomes, la depressió i l'ansietat. En una altra revisió més recent, Lauche *et al.* (2015) indiquen que l'MBI té un efecte moderat a curt termini sobre els símptomes de l'FM.

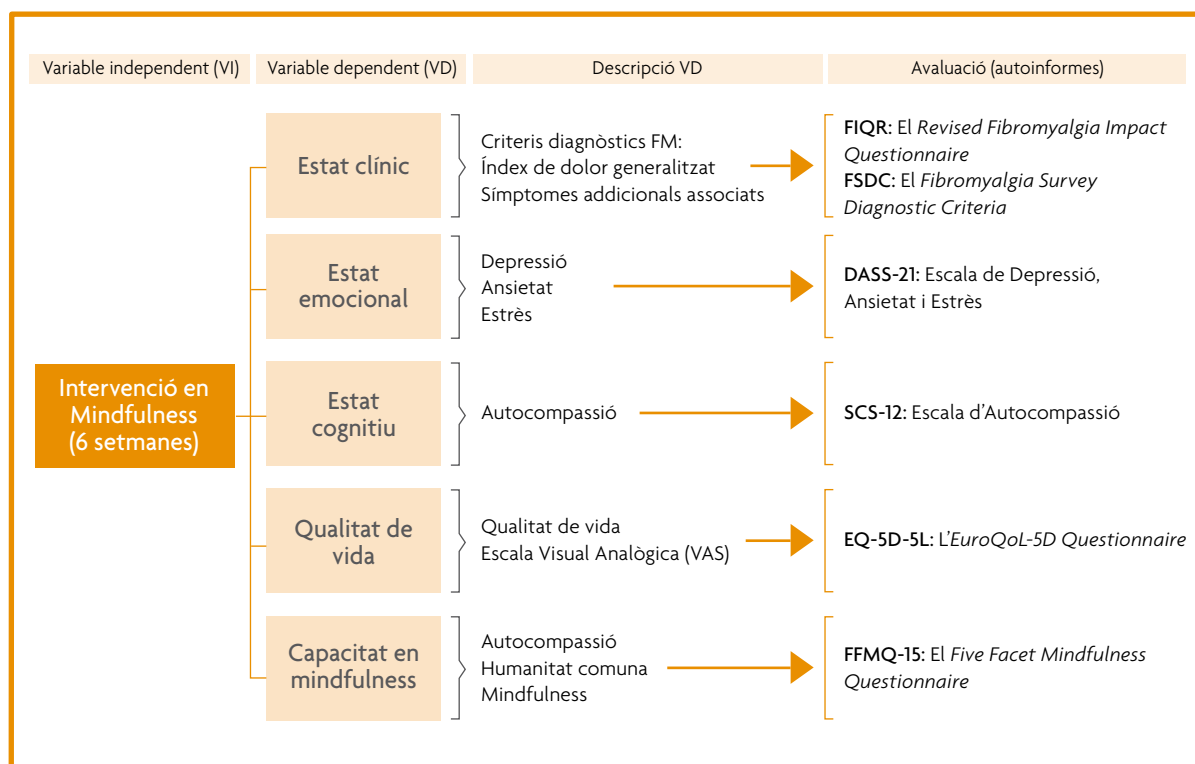
Tenint en compte els arguments esmentats, sorgeix la necessitat d'aportar noves línies de recerca per determinar si el mindfulness és una eina eficaç per al tractament de l'FM. Així doncs, el present estudi busca avaluar si una intervenció basada en mindfulness de sis setmanes genera millores en pacients amb fibromiàlgia. S'afegeix una novetat a la metodologia

clàssica de l'MBI: reduir la intervenció protocol·lària de vuit setmanes a sis. Busquem així disminuir-ne el cost i l'aplicació i incrementar-ne l'adherència terapèutica, precisament en un col·lectiu que pateix de dolor crònic.

2. Metodologia

Es va realitzar un disseny de tipus quasi experimental (sense grup control) amb mesura pretest-posttest (abans i després de la intervenció), amb grup únic. Es va analitzar l'efecte de la intervenció de sis setmanes en mindfulness (variable independent o experimental) sobre l'estat clínic, emocional, cognitiu, la qualitat de vida i la capacitat en mindfulness (variables dependents). Per avaluar el canvi, es va administrar una sèrie de sis autoinformes, a més a més d'un qüestionari d'expectatives i d'opinió. Tots els autoinformes van ser aplicats en paper i llapis, en presència de l'autora del treball. En la **Figura 1** es pot observar, de forma general, la metodologia emprada en l'estudi.

Figura 1
Diagrama del disseny quasi experimental de la intervenció





La intervenció la van fer Jordi Giné, instructor en Mindfulness Based in Stress Reduction (MBSR) i en Mindfulness Based in Cognitive Therapy (MBCT) i l'autora del treball. La intervenció va tenir una durada de sis setmanes (del 18/11/17 al 23/12/17), amb sessions formals grupals els dissabtes de 10 a 12 del matí. Totes les sessions es van fer en una sala gran, lluminosa i insonora del Centre Cívic El Passeig (la Seu d'Urgell). El programa abordava les diferents tècniques del programa de l'MBI, aplicades durant la sessió i també a casa.

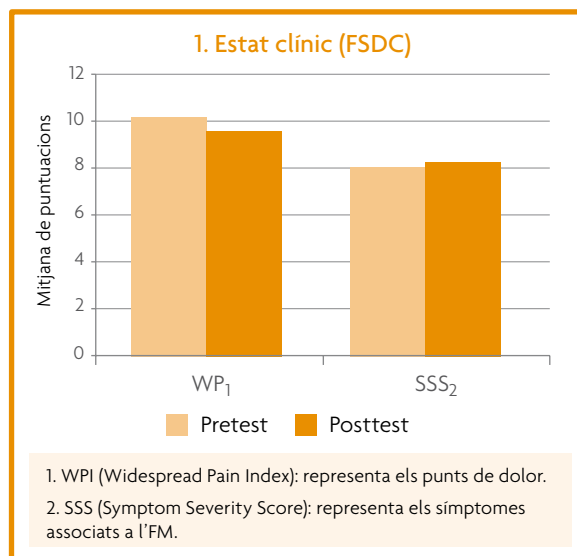
Participants

Hi van participar 9 pacients diagnosticats de fibromiàlgia de la Seu d'Urgell i d'Andorra. Concretament, van ser 7 dones i 2 homes, la mitjana d'edat dels quals era de 52 anys i el rang variava entre els 35 i els 60 anys. Per trobar els participants es va dur a terme una campanya prèvia de difusió en associacions de la Seu d'Urgell (Fibrolleida-Alt Urgell) i d'Andorra (Amare), i al mateix temps també en mitjans de comunicació com Ràdio Seu (entrevista a la ràdio) i el *Diari d'Andorra* (entrevista a la contraportada).

3. Resultats

Els resultats no van arribar a la significació estadística ($p > 0,05$) en cap de les variables observades, és a dir, que els resultats obtinguts no confirmen un canvi abans i després de la intervenció. Així i tot, sí que s'aprecia una tendència de millora en totes les categories, amb l'excepció de l'estat

Figura 2
Resultats de l'estat clínic (FSDC)



emocional, que empitjora. A continuació es presentaran els resultats obtinguts segons les diferents categories estudiades, en funció de la seva puntuació abans (pretest) i després (posttest) de la intervenció.

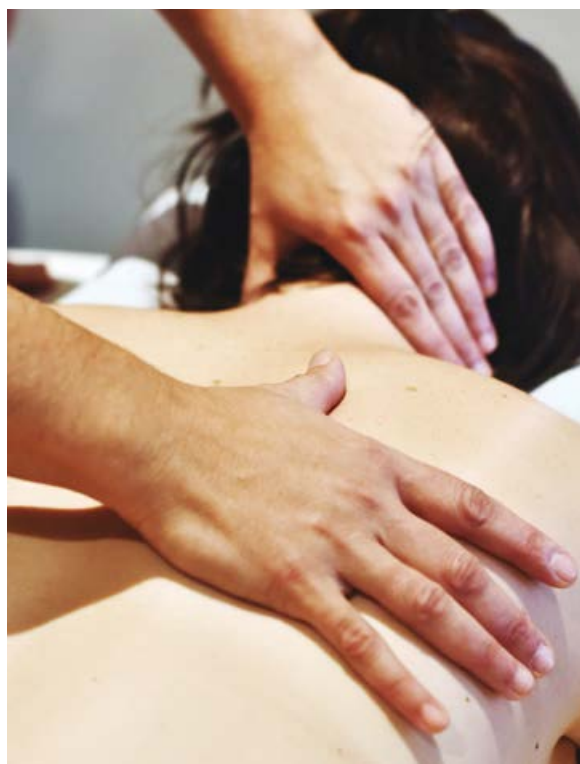
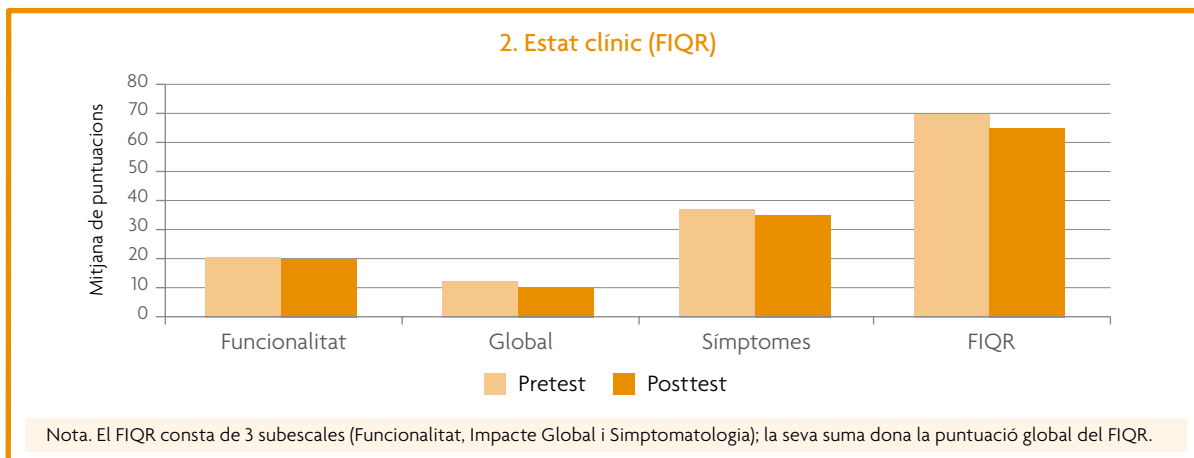


Figura 3
Resultats de l'estat clínic (l'FIQR)



Respecte a l'estat clínic dels participants, es va observar una disminució general de la percepció del dolor, tant en els punts de dolor (WPI) com en la severitat dels símptomes relacionats amb la fibromiàlgia (FIQR). Així i tot, augmenten lleugerament els símptomes emocionals (SSS) (vegeu figures 2 i 3).

En segon lloc, s'aprecia que augmenta la qualitat de vida, ja que es redueixen les dificultats referents a la mobilitat, l'autocura i en les activitats quotidianes (vegeu Figura 4). D'altra banda, s'observa que s'incrementen els símptomes

emocionals (vegeu Figura 5) com l'ansietat i la depressió (DASS-21) (5Q-5D-5L), com també s'apreciava anteriorment en les escales emocionals de l'FSDC.

Per acabar, l'estat cognitiu es manté estable, a excepció de l'escala Humanitat comuna, que es defineix com l'alternativa al sentiment d'aïllament (vegeu Figura 6), que decreix. Finalment, en la majoria d'escales referents a la capacitat en mindfulness, s'observa un increment, especialment en habilitats com l'observació i el fet de no jutjar les experiències, excepte en l'habilitat de descriure-les (vegeu Figura 7).

Figura 4
Resultats de la qualitat de vida (EQ-5D-5L)

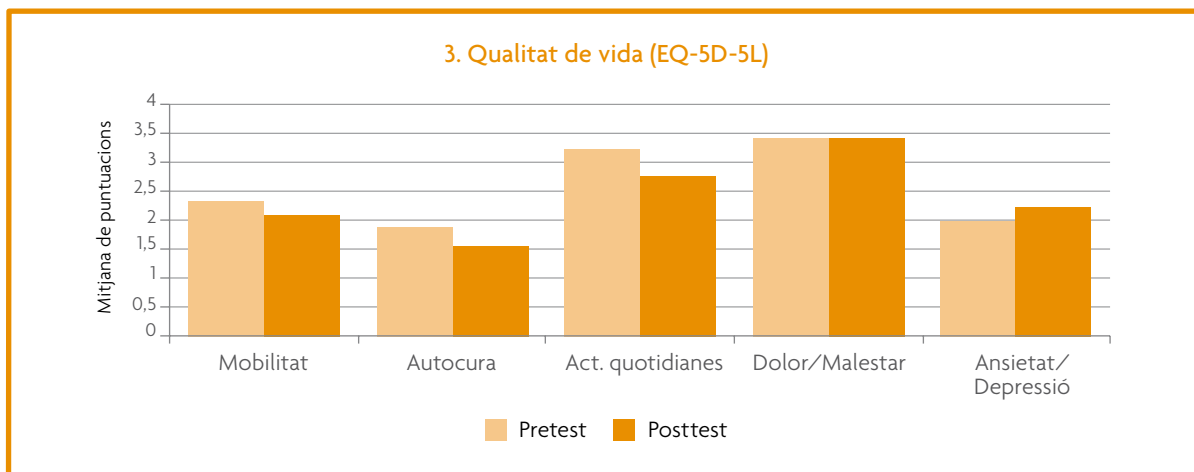


Figura 5
Resultats de l'estat emocional (DASS-21)

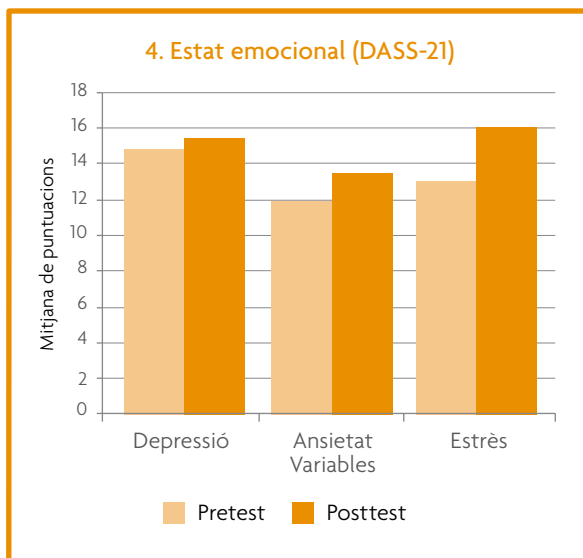


Figura 6
Resultats de l'estat cognitiu (SCS-12)

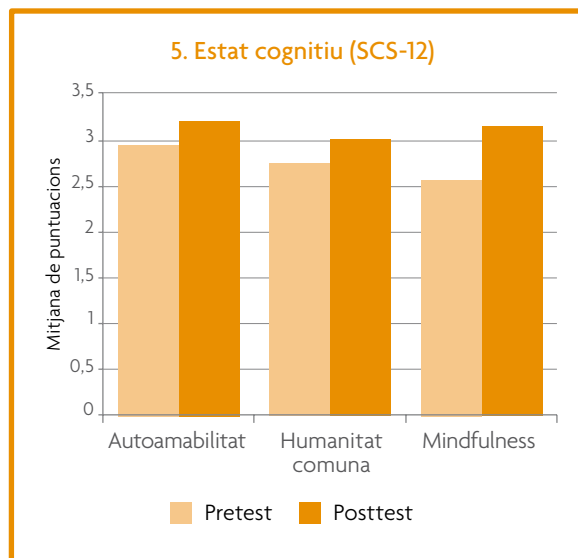
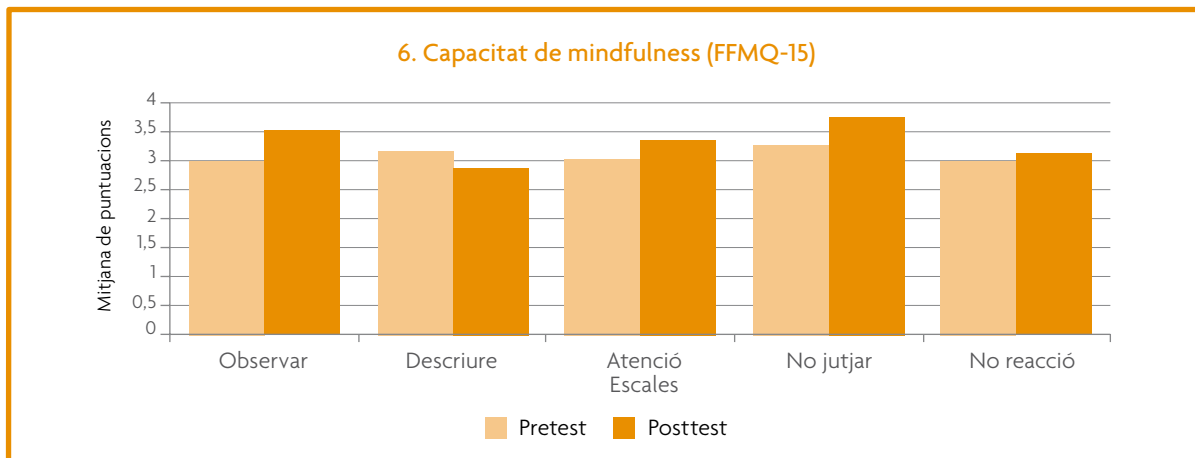


Figura 7
Resultats de la capacitat en mindfulness (FFMQ-15)



4. Conclusions

Un cop analitzats els resultats de l'estudi, es pot concloure que el programa d'intervenció basat en mindfulness de 6 setmanes no va produir millores significatives en l'estat clínic, cognitiu, emocional, la qualitat de vida ni en la capacitat de mindfulness en els pacients amb fibromiàlgia.

Cal destacar, però, que tot i que els resultats no van arribar a la significació estadística, sí que s'observa una tendència

de millora. En l'àmbit clínic, s'aprecia com l'MBI disminueix lleugerament la simptomatologia associada amb l'FM. En canvi, en l'avaluació dels símptomes emocionals (depressió, ansietat i estrès) s'observa un increment. Una hipòtesi explicativa es pot basar precisament en els principis del mindfulness. Parlem concretament del principi de l'atenció plena, el qual, paradoxalment, podria fer que es presentés més simptomatologia emocional amb connotació negativa en resultar més accessible a la consciència. Aquests resultats, però, entren en contradicció amb la literatura

científica. Aquesta incongruència podria estar relacionada amb la modalitat breu d'intervenció (de sis setmanes), en no poder acabar d'integrar-se en els participants la totalitat del paradigma del mindfulness. D'altra banda, analitzant la qualitat de vida, n'augmenta la percepció en general. En penúltim lloc, respecte a la variable cognitiva, l'autocompassió, no s'observen gaires diferències: tenint en compte que és un constructe molt lligat a l'FM, podria presentar una certa resistència a ser modificada. Finalment, respecte a la sensibilitat davant els principis del mindfulness, s'observa un evident increment, que pot significar una interiorització d'aquests principis.

Aquest estudi té certes limitacions inherents al disseny del programa d'intervenció. En primer lloc, la mostra de l'estudi és molt reduïda, i tampoc no es disposa de grup control, cosa que fa difícil controlar la influència de possibles variables confusióistes. En futures investigacions es podria seguir la línia de l'estudi, però millorant-ne la validesa interna, ja que diverses investigacions suporten l'eficàcia del mindfulness en pacients amb FM. Tenint en compte aquestes evidències, reduir la intervenció inicial de vuit setmanes a sis pot ser una bona estratègia en població amb FM; en tractar-se d'un col·lectiu amb dolor crònic i simptomatologia depressiva i ansiosa, la intervenció podria ser més accessible i podria augmentar la seva adherència terapèutica.



BIBLIOGRAFIA

- ADLER-NEAL, A. L.; ZEIDAN, F. (2017). «Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations». *Curr Rheumatol Rep.*, 19 (9), 59. doi:10.1007/s11926-017-0686-0
- AMUTIO, A.; FRANCO, C.; PÉREZ-FUENTES, M. C.; GÁZQUEZ, J. J.; MERCADER, I. (2015). «Mindfulness training for reducing anger, anxiety, and depression in fibromyalgia patients». *Frontiers in psychology*, 5 (1572), 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01572
- BELLATO, E.; MARINI, E.; CASTOLDI, F. (et al.) (2012). «Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment». *Pain Research and Treatment*, 426130. doi: 10.1155/2012/426130
- BRANCO, J. C.; BANNWARTH, B.; FAILDE, I. (et al.) (2010). «Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries». *Semin Arthritis Rheum.*, 39, 448-453.
- CASH, E.; SALMON, P.; WEISSBECKER, I. (et al.) (2015). «Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial». *Annals of Behavioral Medicine*, 49 (3), 319-330. doi: 10.1007/s12160-014-9665-0
- DAVIS, M. C.; ZAUTRA, A. J. (2013). «An online mindfulness intervention targeting socioemotional regulation in fibromyalgia: results of a randomized controlled trial». *Annals of Behavioral Medicine*, 46 (3), 273-284. doi: 10.1007/s12160-013-9513-7
- FELIU-SOLER, A.; BORRÀS, X.; PEÑARRUBIA, M. T. (et al.) (2016). «Cost-utility and biological underpinnings of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) versus a psychoeducational programme (FibroQoL) for fibromyalgia: a 12-month randomised controlled trial (EUDAIMON study)». *BM Complementary and Alternative Medicine*, 16 (81), 1-16. doi: 10.1186/s12906-016-1068-2
- FRANCO, C.; MAÑAS, I.; JUSTO, E. (2010). «Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness». *Psychology, Society, & Education*, 2 (2), 117-130.





- GROSSMAN, P.; DEURING, G.; WALACH, H. (et al.) (2017). «Mindfulness-based intervention does not influence cardiac autonomic control or the pattern of physical activity in fibromyalgia during daily life: An ambulatory, multimeasure randomized controlled trial». *The Clinical Journal of Pain*, 33 (5), 385-394. doi: 10.1097/AJP.0000000000000420
- GROSSMAN, P.; TIEFENTHALER-GILMER, U.; RAYSZ, A.; KESPER, U. (2007). «Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being». *Psychother Psychosom*, 76 (4), 226-233. doi: 10.1159/000101501
- HÄUSER, W.; ALBIN, J.; FITZCHARLES, M. A.; LITTLEJHON, G.; LUCIANO, J.; USUI, C.; WALITT, W. (2015). *Fibromyalgia*. Recuperat el 13 d'octubre 2019 de <https://www.nature.com/articles/nrdp201522>.
- HAWKINS, R. A. (2013). «Fibromyalgia: A Clinical Update». *The Journal of the American Osteopathic Association*, 113 (9), 680-689. doi: 10.7556/jaoa.2013.034
- JANSSENS, K. A.; ZIJLEMA, W. L.; JOUSTRA, M. L.; ROSMALEN, J. G. (2015). «Mood and Anxiety Disorders in Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia, and Irritable Bowel Syndrome: Results From the Lifelines Cohort Study». *Psychosom Med.*, 77 (4), 449-457. doi: 10.1097/PSY.0000000000000161
- KABAT-ZINN, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairos.
- LAKHAN, S. E.; SCHOFIELD, K. L. (2013). «Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis». *PLoS ONE*, 8 (8), e71834. doi:10.1371/journal.pone.0071834
- LAUCHE, R.; CRAMER, H.; HÄUSER, W.; DOBOS, G.; LANGHORST, J. (2015). «A Systematic Overview of Reviews for Complementary and Alternative Therapies in the Treatment of the Fibromyalgia Syndrome». *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, p. 13. Recuperat de <https://doi.org/10.1155/2015/610615>.
- OMS (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor.
- PARRA, M.; LATORRE, J. M.; MONTAÑÉS, J. (2012). «Terapia cognitiva basada en Mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia». *Ansiedad y estrés*, 18 (2-3), 141-154.
- PENACHO ALBISU, A. (coord.) (2015). *Guía de debut en fibromialgia*. Álaba: Asociación de Divulgación de Fibromialgia.
- RIBEIRO, L.; ATCHLEY, R. M.; OKEN, B. S. (2018). «Adherence to Practice of Mindfulness in Novice Meditators: Practices Chosen, Amount of Time Practiced, and Long-Term Effects Following a Mindfulness-Based Intervention». *Mindfulness*, 9 (2), 401-411. doi: 10.1007/s12671-017-0781-3
- SEPHTON, S. E.; SALMON, P.; WEISSBECKER, P. (et al.) (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial». *Arthritis & Rheumatism*, 57 (1), 77-85.
- WOLFE, F.; SMYTHE, H. A.; YUNUS, M. B. (et al.) (1990). «The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee». *Arthritis Rheum*. 33 (2), 160-172.
- WOLFE, F.; BRÄHLER, E.; HINZ, A.; HÄUSER, W. (2013). «Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population». *Arthritis Care & Research*, 65 (5), 777-785. doi: 10.1002/acr.21931
- WOLFE, F.; CLAUW, D. J.; FITZCHARLES, M. A. (et al.) (2010). «The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity». *Arthritis Care and Research*, 62 (5), 600-610. doi: 10.1002/acr.20140