

cuenta tanto la variabilidad debida al individuo como la variabilidad debida a los centros³. Esta estrategia de análisis limita tanto la posibilidad de error de tipo II (si se hubiera hecho un análisis por centros) como el riesgo de obtener niveles exagerados de significación estadística (si se hubiera realizado un análisis estadístico individual convencional sin considerar el efecto de diseño).

Por último, queremos manifestar nuestra dificultad para contestar a todos los puntos de la carta de Luque et al, algunos de ellos de difícil comprensión, y lamentar sus referencias a las urnas, unos comentarios que nos parecen tan insidiosos como innecesarios en este debate.

**J. Latour-Pérez^a
y S. Pérez Hoyos^b**

^aHospital General Universitario de Elche.
Departamento de Salud Pública,
Universidad de Alicante.

^bEscuela Valenciana de Estudios para la
Salud.

1. Latour-Pérez J, Díaz Mondéjar R, De la Vega Ortega AI, Carrión Carrión C, García Herrera JL, Peñarroja C et al. Fracaso de una intervención educativa para modificar la prescripción de hipocolesterolémiantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 245-248.
2. Peiró R, Alastrue I, Latour J, Colomer C. Motivaciones no científicas para la prescripción: un estudio cualitativo. *Gac Sanit* 1999; 13 (Supl 3): 46.
3. Bland JM, Kerry SM. Trials randomised in clusters. *BMJ* 1997; 315: 600.

¿Debemos apresurarnos a diagnosticar la fibromialgia?

Sr. Director: Respecto al artículo «Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta»¹ nos preguntamos hasta qué punto la sistematización del diagnóstico ha proporcionado nuevas formas de enten-

der la enfermedad y su tratamiento.

El paciente con fibromialgia antes del diagnóstico resulta desesperante desde el punto de vista biomédico: cuando un sufrimiento no se ve reflejado en las pruebas complementarias, surge la duda acerca de la veracidad del relato del paciente, o bien se atribuye a la esfera de lo psicológico.

Una vez establecido el diagnóstico la situación mejora sólo aparentemente: a partir de entonces las quejas del paciente forman parte de la realidad definida según el modelo biomédico, es decir, corresponden a una enfermedad orgánica, con lo cual la pelota se encuentra en el tejado del médico. Sea lo que fuere lo que se encuentre detrás del diagnóstico, le toca al médico mover ficha: tiene que poner un tratamiento. El tono optimista y positivo con que se describe el capítulo de tratamiento de esta enfermedad contrasta con sólo un 20% de mejorías sustanciales o remisiones¹, de modo que no tardará en llegar el día en que el médico deberá decirle al paciente que han probado ya todo lo que había que probar. Empieza entonces la fase que para el médico es de cronicidad real, la cronicidad en su vertiente más cruda. Se acabó la «educación» del paciente (más de una publicación utiliza este curioso sustantivo^{1,2}) y toda la serie de tratamientos propuestos. ¿Con qué recursos cuenta el médico para hacer frente a las reiteradas quejas del paciente? Se aconseja insistir en la benignidad y el buen pronóstico funcional del cuadro^{1,2}, y es recomendable hacerlo siempre que ahí se sitúe la inquietud del paciente. Pero si éste se queja de dolor, ¿qué puede decirle el médico? Al convertir un problema en una enfermedad, ¿no ha saltado de la sartén de la ignorancia, para caer en el fuego de la impotencia? En cuanto al paciente, sus expectativas han variado poco con el diagnóstico. En efecto, si antes decía:

«A pesar de que usted no me encuentra nada, sigo con mis dolores», ahora dice: «A pesar de los tratamientos que usted me da sigo con mis dolores».

Recurramos al modelo biopsicosocial (BPS): el enfoque BPS basado en la teoría general de sistemas (TGS) amplía los límites del modelo biomédico mediante la suma de otros campos del conocimiento –psicológico y sociológico– que describen realidades complementarias del paciente en cuestión. La impresión de que hay muchos datos a favor de un componente mental en la fibromialgia se ve contrarrestada por el escaso resultado del tratamiento con antidepressivos y de las sesiones de modificación conductual. Salvo alguna iniciativa novedosa en el ámbito de lo social, según el modelo BPS habríamos agotado todas las posibilidades.

A modo de alternativa, proponemos utilizar el criterio de «simultaneidad» en la escucha de este tipo de enfermedades, en vez de la estrategia secuencial, que procura descartar organicidad antes de considerar aspectos psíquicos o sociales, o los invoca sólo cuando el paciente no va bien. Este enfoque, utilizado habitualmente tanto por internistas como por psicólogos o psiquiatras, puede ser poco útil para el médico de familia dado el volumen de cuadros mal definidos que aparecen por su consulta. La simultaneidad, por su parte, implica la escucha de información de tipo psicológico en la queja del paciente, a la vez que se trabaja en la elaboración de los aspectos orgánicos. Dentro de lo psicológico proponemos prestar especial atención a los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma³. Con ello podrán diagnosticarse o sospecharse cuadros neuróticos, algunos de los cuales, como la histeria, existen a pesar de no estar incluidos en el DSM IV. Además la simultaneidad no

implica necesariamente disponer de tiempo adicional en la consulta y evita que el paciente se identifique en exceso con el diagnóstico, lo cual podría dificultar la salida hacia formas saludables –no sólo verbalizadas– de elaboración del posible conflicto.

**Joan Atmetlla i Andreu^a
y P. Babi i Rourera^b**

^aCAP Xafarines. ^bCAP La Pau. Barcelona.

1. Soriano Suárez E, Gelado Ferrero MJ, Girona Bastús MR. Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta. *Aten Primaria* 2000; 26: 415-418.
2. Mera Varela A, Insúa Vilariño S. Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. En: Andreu Sánchez JL, Barceló García P, Figueroa Pedrosa M, Herrero-Beaumont Cuenca G, Martín Mola E, Olivé Marqués A et al, editores. *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1996; 757-764.
3. Dor J. Introducción a la lectura de Lacan. *El inconsciente estructurado como lenguaje* (3.^a ed.). Barcelona: GE-DISA, 1997.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Hemos leído con interés las observaciones realiza-

das por Romera-Baurés acerca de la fibromialgia, entidad que ha sido revisada en nuestro artículo¹. Sin duda suponen un complemento de valor al artículo de revisión original y ayudarán al médico de AP a entender y a tratar adecuadamente a estos pacientes. En relación con la polémica que puede crear esta enfermedad entre los pacientes y los propios profesionales, es de destacar que recientemente la fibromialgia ha suscitado tal interés que un grupo político ha propuesto en el Parlament de Catalunya «la creación de un protocolo de diagnóstico específico» al tratarse la fibromialgia de «una enfermedad bastante desconocida y de difícil diagnóstico» (diario *El Punt de Girona*, 28 de diciembre de 2000). Quizás el abordaje del tema en sus aspectos más divulgativos aumentaría los conocimientos de la población acerca de esta enfermedad.

Por otro lado, nos parece muy interesante y polémica la visión del tema que expresan Atmetlla i Andreu y Babi i Rourera. Pensamos que es inevitable y muy realista la percepción de inquietud que acompañan las visitas en las que el paciente reitera por enésima vez las quejas acerca de sus dolores «a pesar de todo lo que se ha hecho». Inquietud que suele abarcar los dos lados de la mesa:

el del paciente y el del profesional, que ve cómo progresivamente se agotan sus estrategias y herramientas terapéuticas. Tratóndose de atender y curar individuos «en su globalidad», tal y como los médicos de familia hacemos constantemente, nos parece inevitable y recomendable, aplicar, consciente o inconscientemente, el modelo biopsicosocial y el criterio de simultaneidad que explican los autores. Precisamente en nuestras consultas, en las que el predominio de síntomas vagos, inespecíficos y mal definidos es alto, una escucha atenta de lo que el paciente NO explica y una observación detallada del lenguaje paraverbal nos pueden ayudar a entender y orientar más acertadamente a un paciente.

Estas observaciones cobran más importancia al aplicarlas a una enfermedad como la fibromialgia, cuyo abanico de síntomas es tan amplio.

**M.R. Girona Bastús, E. Soriano
Suárez y M.J. Gelado Ferrero**

CAP Dr. Joan Vilaplana. Girona.

1. Soriano-Suárez E, Gelado-Ferrero MJ, Girona-Bastús MR. Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta. *Aten Primaria* 2000; 26: 415-418.