

et al. Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en población adulta joven. *Gac Sanit.* 2015;29:72–9.

Matilde González-Solanellas^{a,*}, Meritxell Puig Esmandia^a, Pablo Rodríguez Blanco^a y Edurne Zabaleta-del-Olmo^{b,c}

^a *Equipo de Atenció Primària (EAP) Raval Nord, Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España*

^b *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España*

^c *Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magonzalez.bcn.ics@gencat.cat (M. González-Solanellas).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.016>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar



Fibromyalgia and empathy: A path towards well-being

Sr. Editor:

El síndrome de fibromialgia (SF) (M79.0 en la clasificación Internacional de Enfermedades) constituye una entidad marcada especialmente por dolor crónico, fatiga e insomnio que afecta mayoritariamente a mujeres. Presenta signos y síntomas prácticamente en todos los órganos y sistemas, y se asocia a otros problemas como alteraciones de la memoria y trastornos del humor¹.

La atención clásica que presta en la actualidad la asistencia sanitaria provoca en muchas ocasiones una situación de menosprecio de las pacientes, tratándolas de simuladoras y trastornadas o creyendo que buscan obtener ganancias secundarias (compensación económica, laboral, legal...). Es habitual el escepticismo de algunos profesionales médicos hacia el SF, que no creen que exista, que la desconocen o que no saben cómo manejarla y el de algunos inspectores médicos que no teniendo datos objetivos para evaluarla, la ignoran, como si fuera un tema de creencias y no de conocimiento de la misma. Como consecuencia de ello, las pacientes se sienten injustamente tratadas, se encuentran en un estado de queja continuada y de ansiedad cronicada al no verse resueltas sus demandas, lo que repercute muy negativamente en la enfermedad, aumentando el dolor y el sufrimiento¹⁻³.

El modelo de atención sanitaria ofrecida a pacientes con SF debe cambiar y debe sustentarse en un eje central, «la empatía». La relación empática permite un encuentro clínico en el que la paciente se siente acogida, escuchada, comprendida y acompañada. Para ello, el profesional sanitario toma partido con la paciente y lleva a cabo una serie de estrategias: *a)* se interesa por ella y por su esfera psicosocial (autointerés o *self-interest*); *b)* hace un reconocimiento de que el SF existe y de las repercusiones que tiene sobre la vida de la paciente (judicación), y *c)* comparte su sufrimiento de forma compasiva (autorreflexión)⁴.

La empatía es el contexto en que tiene lugar el fenómeno de la compasión, es decir, el sentimiento de afecto o cercanía hacia los seres humanos. El profesional empático y compasivo busca aliviar el sufrimiento de quien lo

padece. Existen además otros elementos que favorecen y marcan la empatía, como son un ambiente cordial, un apoyo verbal «entiendo que te sientas así», acciones que confirmen respeto «tómese el tiempo que necesite» o un juicio de legitimación «tienes derecho a sentirte de esta manera»^{5,6}.

La atención a personas que sufren SF debe incluir inevitablemente un espacio para la narrativa. Las pacientes acuden con un elevado sentimiento de injusticia, ansiedad y frustración, se encuentran en un largo peregrinaje en busca de dar sentido a sus problemas de salud y reivindican una atención sanitaria que les devuelva la dignidad. La empatía facilita una entrevista clínica basada en la narración (*storytelling*), hecho necesario para que el sufrimiento de la paciente se haga evidente y el profesional sea capaz de detectarlo y desee aliviarlo. Este tipo de entrevista clínica posibilita el abordaje de aspectos tan importantes en el SF como son el sentido del catastrofismo, la injusticia percibida, el nivel de atención plena (*mindfulness*) o el grado de aceptación. Se trata de constructos de gran relevancia en el SF porque marcan la gravedad de la enfermedad y su evolución, y se consideran objetivos terapéuticos^{1,7,8}.

Consideramos prioritario el cambio en el abordaje a pacientes con SF que incluyan un eje central que gire en torno a la empatía y se establezca una relación médico-paciente en la que tengan lugar fenómenos como la narración, la compasión, el diálogo y la toma de decisiones compartidas. Acompañar a la paciente en su camino hacia el bienestar empieza por trabajar en una atención sanitaria más comprensiva que trate a las pacientes como personas que están sufriendo por su enfermedad, en todas sus esferas, haciendo especial hincapié en el respeto, la justicia y la dignidad.

Bibliografía

1. Montero E, Roth P, Sempere M, Palop V. Síndrome de fibromialgia. *Guía fisterra*. 2016. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fibromialgia/>.
2. Escudero Carretero MJ, García Toyos N, Prieto Rodríguez MA, Pérez Corral O, March Cerdá J, López Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin.* 2010;6:16–22.
3. Rodero B, Luciano JV, Montero-Marín J, Casanueva B, Palacin JC, Gili M, et al. Perceived injustice in fibromyalgia: Psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophising and pain acceptance. *J Psychosom Res.* 2012;73:86–91.

4. Breithaupt F. *Culturas de la empatía*. 1.^a edición Madrid: Katz Editores; 2011.
5. García-Campayo J, Cebolla Martí A, Demarzo M. *La ciencia de la compasión*. 1.^a edición Madrid: Alianza Editorial; 2016.
6. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:390–7.
7. Diéguez Porres M. Enfermedad, identidad y fibromialgia Deconstruir el rol del enfermo. Puerta de entrada a la subjetividad. *Átopos*. 2009;8:33–48.
8. Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. *Lancet*. 2013;381:1886–7.

Patricia Roth Damas^{a,b,*}, Mónica Portillo Santamaría^{a,b,c},
Blanca Folch Marín^{a,b} y Vicente Palop Larrea^{a,b}

^a *Unidad Funcional de Fibromialgia y Fatiga Crónica, Hospital de Alzira, Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Valencia, España*

^b *Grupo de investigación HIST-EX, Sede principal en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Madrid, España*

^c *Unidad de Salud Mental, Sueca, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: p.rothdamas@gmail.com
(P. Roth Damas).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.016>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).