

## DISTINGUIR LOS CASOS DE DOLOR CRÓNICO Y FIBROMIALGIA DE LOS SIMULADORES: UN RETO PARA LA PSICOLOGÍA

ENTREVISTA A HÉCTOR GONZÁLEZ-ORDI, ESPECIALISTA EN EVALUACIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

### REDACCIÓN DE INFOCOP

El dolor crónico y la fibromialgia son condiciones clínicas de carácter multifactorial que afectan de manera integral a la persona (física, psicológica y socialmente), cuya incidencia es cada vez mayor. Si se tienen en cuenta las tasas de prevalencia, junto al hecho de que ambas condiciones suponen una afectación en todas las áreas de la persona, interfiriendo de manera significativa en su funcionamiento y, en definitiva, mermando su calidad de vida, puede decirse que la fibromialgia y el dolor crónico son problemas de salud pública con importantes costes socio-sanitarios. A esta cuestión, hay que añadir la elevada tasa de simulación existente, especialmente en un contexto médico-legal. Todo ello, convierte el proceso de evaluación de estos pacientes en una parte esencial, no sólo para la persona que lo está sufriendo, sino también para el propio sistema socio-sanitario.

A este respecto, *Infocop* tiene el placer de entrevistar a **Héctor González-Ordi**, experto en evaluación y diagnóstico del dolor crónico, cuya línea de investigación se ha centrado en los últimos años en el desarrollo de instrumentos de valoración para la detección de los casos de simulación.



Héctor González-Ordi

### ENTREVISTA

**Infocop:** *El dolor crónico y la fibromialgia son dos síndromes cada vez más prevalentes. ¿Podría explicarnos en qué consiste cada uno de ellos? ¿Cuáles son las diferencias entre ambos síndromes?*

**Héctor González-Ordi:** Nos referimos al *dolor crónico* cuando hablamos de una situación clínica presentada por un paciente cuya sintomatología principal y más incapacitante gira entorno a la experiencia de dolor y al sufrimiento que conlleva, durante un período superior a 6 meses. Esta situación afecta de forma significativa a la vida cotidiana

del individuo, deteriorando su vida personal, social, laboral, familiar, afectiva, etc. Generalmente, y a diferencia del dolor agudo, los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor, como acertadamente señala el DSM-IV. El dolor crónico es una entidad clínica que, por tanto, merece la atención de la Psicología y donde los psicólogos podemos contribuir significativamente, trabajando conjuntamente con otros profesionales de la medicina, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional. No en vano, la actual perspectiva biopsicosocial destaca la visión del dolor crónico como una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Aconsejo en este sentido la lectura de la revisión realizada por **Robert Gatchel** y colaboradores publicada en el volumen 133, número 4 del *Psychological Bulletin* en 2007. Además, como director de la revista *Clínica y Salud*, he tenido la oportunidad y el privilegio de editar recientemente un número monográfico dedicado íntegramente al dolor crónico, con ocho contribuciones multidisciplinares, cuya lectura aconsejo también encarecidamente (*Clínica y Salud*, volumen 19, número 3, 2008).

Los datos publicados por el estudio epidemiológico *Pain in Europe* ([www.painineurope.com](http://www.painineurope.com)), del que vosotros distéis cumplida información en su momento, dejan claro que es un problema multidisciplinar de salud importante y que merece toda nuestra atención. Por ejemplo, el informe refleja que en el intervalo entre octubre de 2002 y junio de 2003, cuando fue realizada la encuesta a 46.000 personas de 16 países europeos diferentes, 1 de cada cinco europeos sufría de dolor crónico, siendo en nuestro caso la tasa de prevalencia de 1 de cada 10 españoles. Aunque no somos el país que más prevalencia de dolor crónico reportaba, sí somos el que mayor tasa de depresión presentaba a causa del dolor crónico.

Dentro de las patologías relacionadas con el dolor crónico, sin lugar a dudas, una posición preeminente la ocupa la fibromialgia. La *fibromialgia* es una condición clínica cuyo signo más notable es la presencia de dolor crónico de origen musculoesquelético de carácter generalizado, especialmente intenso en los llamados puntos sensibles. Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes no han sido completamente determinados hasta el momento. Cursa, además, con fatiga crónica, rigidez y entumecimientos matutinos, hiperalgesia y alodinia generalizadas, hipersensibilidad a estímulos térmicos, isquémicos, eléctricos, presión y ruido, mala calidad del sueño, altos niveles de emocionalidad negativa (ansiedad, tristeza e ira), alta sensibilidad a la ansiedad y miedo al dolor, pensamiento catastrofista, cogniciones consistentes con sentirse como un enfermo crónico, sensación permanente de incapacidad, baja autoeficacia, conductas de evitación y disminución de la ac-

tividad. A su vez, es frecuente que exista comorbilidad con depresión mayor, diferentes trastornos de ansiedad, estrés postraumático y otros trastornos psicofisiológicos como el síndrome de intestino irritable. La tasa de prevalencia oscila entre el 2% y el 8%, dependiendo de la edad, y suele aparecer entre los 40 y 60 años, predominantemente en las mujeres.

**I:** *Ambos síndromes son de tipo funcional y multidimensional, es decir, se desconoce la causa de los mismos, y se entiende que son múltiples los factores que podrían estar determinando su aparición y mantenimiento. En su calidad de experto, ¿podría detallarnos cuáles serían las principales áreas a evaluar y los aspectos más importantes de cada una de ellas?*

**H.G.O.:** Entendiendo siempre la evaluación del dolor desde una perspectiva biopsicosocial, yo me centraría en los siguientes aspectos: (1) *aspectos biomédicos:* que incluirían un buen conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, el tratamiento farmacológico en curso y sus efectos sobre el dolor y la actividad física cotidiana de los pacientes y el grado de discapacidad que provoca la patología dolorosa; (2) *aspectos relacionados con la experiencia del dolor:* frecuencia, intensidad, valoración autoinformada (“cómo definiría su dolor”), localización, duración y variación cíclica a lo largo del día en relación con la actividad del paciente; (3) *aspectos emocionales:* niveles de ansiedad, tristeza/depresión e irritabilidad/ira y su relación con el incremento o reducción en la percepción del dolor; sensibilidad a la ansiedad, sensibilidad interoceptiva; (4) *aspectos cognitivos:*

creencias y estilos de afrontamiento al dolor, pensamiento catastrofista, nivel de autoeficacia, miedo a realizar actividades asociadas al incremento del dolor; (5) *aspectos conductuales:* conductas que provocan alivio del dolor, conductas que agravan el dolor, conductas de evitación de actividades, deberes y obligaciones, reforzamiento de las conductas de dolor por parte de los otros, utilización de las conductas de dolor para obtener refuerzo social y otros beneficios externos; (6) *personalidad:* variables de personalidad que puedan influir en el afrontamiento y manejo del dolor como neuroticismo, resistencia al cambio, sugestionabilidad, etc.; (7) *aspectos psicosociales:* nivel percibido de apoyo social en los entornos de relación de pareja, familiar, laboral, interpersonal y la posible existencia de factores de riesgo para el incremento de la cronicidad y discapacidad, potenciando el *rol de enfermo*.

Debo recalcar, finalmente, que tan disfuncional es la intensificación como la minimización del dolor crónico. La primera puede conllevar hipersensibilidad al dolor, incremento de la percepción del mismo, catastrofismo, cronificación y adopción del *rol de enfermo*; la segunda, insensibilidad al dolor, disminución de su percepción, negación del problema, dilación de conductas saludables y desatención del problema.

**I:** *Dado que ambos síndromes son de tipo multicausal, la valoración ha de ser multicomponente. Además de las pruebas médicas necesarias, ¿qué instrumentos de evaluación psicológica recomendaría?*

**H.G.O.:** La evaluación psicológica del dolor crónico ha avanzado notablemente en las últimas décadas. Remito al lec-

tor una vez más al monográfico de *Clínica y Salud*, si desea profundizar en estos aspectos.

Además de la *entrevista clínica*, que nos ayuda a precisar el inicio, evolución y estado actual de la situación clínica del paciente, algunos instrumentos que recomendaría y que pueden resultar útiles para la obtención de información relevante de los aspectos que hemos comentado anteriormente, pueden ser los siguientes:

- ✓ Para la evaluación de la intensidad, frecuencia, duración y variación cíclica los mejores instrumentos son los autorregistros y especialmente las *escalas visual-analógicas* (EVA) o *categoriales* (numéricas o verbales) de valoración del dolor y sufrimiento percibido. Igualmente, los autorregistros que relacionan aspectos cognitivos, emocionales y conductuales asociados a la experiencia del dolor a lo largo del día aportan información relevante.
- ✓ Para la valoración de la experiencia del dolor, el instrumento más utilizado es el *Cuestionario de Dolor de McGill*, en su versión completa (Lazaro et al., 1994) o abreviada (Melzack, 1984). El *Inventario Multidimensional de Dolor de West-Haven Yale* (Kerns et al., 1985) resulta de gran utilidad para valorar el impacto del dolor en diferentes ámbitos de actividad del individuo. El *Cuestionario de Salud -SF-36* (Alonso, Prieto y Anto, 1995) es uno de los instrumentos más utilizados para valorar el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida. El *Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia* (Monterde et al., 2004) y la *Escala de In-*

*tensidad o Severidad de la Fatiga* (Krupp et al., 1989) aportan información específica relevante en el caso de la fibromialgia.

- ✓ Finalmente, los aspectos emocionales y de personalidad normal y clínica pueden abordarse mediante el empleo de instrumentos multiescalares de evaluación objetiva de la personalidad como el *Cuestionario de 90 Síntomas -SCL-90-R* o el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -MMPI-2*, ambos utilizados ampliamente en el dolor crónico.

**I.: *Una de las dificultades con las que se encuentran estos pacientes es el peregrinaje médico que realizan hasta que les realizan un diagnóstico adecuado. En relación a ello, ¿cuáles serían las carencias que presenta nuestro sistema socio-sanitario? ¿Cree que sería necesaria una mayor formación sobre este tipo de problemas de salud?***

**H.G.O.:** Sin duda. Probablemente ese “peregrinaje” al que te refieres en tu pregunta tenga que ver con dos cuestiones

fundamentales que dificultan un buen abordaje del dolor crónico: la falta de tiempo del especialista y la falta de una visión integral del paciente. No podemos considerar los aspectos biomédicos, psicológicos y psicosociales de forma separada porque estamos hablando de personas que sufren y, generalmente, lo hacen de forma integral; así que el sistema no puede estar al margen de la realidad de las cosas, porque lo físico afecta a lo psicológico y afecta a lo psicosocial, y lo psicológico afecta a lo físico y a lo psicosocial, y lo psicosocial afecta a lo psicológico y a lo físico... En fin, separar lo que de facto es integral es complicar las cosas sobremanera.

**I.: *¿Ayudaría la elaboración de un protocolo de valoración? ¿Qué características debería cubrir este protocolo?***

**H.G.O.:** Un protocolo realmente biopsicosocial, que implicara a distintos profesionales de forma multidisciplinar, incluyendo médicos, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, etc., ayudaría considerablemente a esa visión integral del paciente, y algunas

características que debería cubrir ese protocolo ya han sido mencionadas cuando hablamos de las áreas y aspectos a evaluar del dolor crónico. Tan sólo añadir aquí que el tratamiento del dolor crónico, al igual que su evaluación, debería ser también multidisciplinar e integral, incluyendo el tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico, rehabilitación fisioterapéutica si fuera necesario, etc.

**I:** *Otra de las grandes preocupaciones de la Administración para el manejo de estas dolencias, es el problema de la simulación. En su calidad de experto, ¿es posible detectarla? ¿Cuáles son los signos que indicarían posible exageración de síntomas? ¿Qué pruebas objetivas recomendaría para detectarlo?*

**H.G.O.:** Como sabes, nos referimos a la simulación cuando hablamos de la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos como la obtención de beneficios económicos, pensión por discapacidad, indemnizaciones por parte de aseguradoras, prolongación de bajas laborales, obtención de más medicación psicoactiva, etc.

La simulación suele producirse de dos maneras: los pacientes exageran sobremanera el dolor percibido y la discapacidad producida por una patología en curso o bien refieren mantener síntomas dolorosos e incapacitantes que ya habían remitido. Según los datos epidemiológicos existentes a nivel internacional, la incidencia de simulación de dolor crónico es significativamente alta, especialmente en el contexto médico-legal y, por tanto, un problema de salud pública que, a mi juicio, merece toda nuestra atención.

Desgraciadamente no existe un indicador único de la simulación, como afirma **Gregory DeClue**, ninguna puntuación aislada o combinación de puntuaciones en un test puede determinar por sí misma la presencia de simulación; por lo que, *diagnosticar simulación exige una evaluación multimétodo/multisistema* y la convergencia de datos y fuentes de información provenientes de distintos especialistas médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc.

Entre los aspectos que nos alertan de la probable existencia de simulación referida al dolor crónico, destacaríamos en primer lugar la presencia de un beneficio externo contingentemente a la aparición de otros signos y conductas como la discrepancia entre las pruebas médicas objetivas y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente, distorsiones de respuesta en pruebas de autoinforme objetivables que indiquen un patrón de exageración de síntomas, discrepancias entre las pruebas de rendimiento neurocognitivo y la valoración subjetiva del dolor y la discapacidad por parte del paciente, discrepancias entre las conductas de dolor y la valoración subjetiva autoinformada del sufrimiento del paciente, la baja adherencia a las prescripciones médicas y el tratamiento médico y/o psicológico, la incongruencia entre signos y síntomas presentados con el curso previsible de la patología en cuestión, la frecuencia y/o intensidad y/o duración de los síntomas excede con mucho lo usual en la patología diagnosticada, la duración del tratamiento está muy por encima de lo esperable sin base etiológica para explicarlo, se producen escasos o nulos avances terapéuticos, aparecen recidivas contingentes con la posibilidad de

alta laboral y el paciente “predice” su empeoramiento o su falta de mejoría. Finalmente, que al menos un profesional de la salud implicado en el diagnóstico y tratamiento sospeche de la posibilidad de simulación.

En las últimas dos décadas ha habido un incremento exponencial en la investigación psicológica para desarrollar instrumentos que contribuyan a la detección más precisa de la simulación. Además de los instrumentos multiescalares de evaluación objetiva de la personalidad como el MMPI-2 o el PAI, cuyas escalas de validez presentan una buena validez predictiva en la detección de simulación, yo destacaría el *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS* por ser el primer instrumento de screening específico para la detección de exageración de síntomas o simulación que se adapta y se comercializa en lengua castellana. El SIMS es un inventario de 75 ítems que permite obtener un perfil de simulación general y explora cinco áreas específicas referidas a la simulación de síntomas psicopatológicos y neuropsicológicos: psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos. Hemos presentado datos recientemente que avalan el uso del SIMS para discriminar entre pacientes con dolor crónico litigantes y no litigantes, ya que a través del SIMS comprobamos que los pacientes litigantes, implicados en juicios para obtención de indemnizaciones y en espera de tribunales médicos de valoración de incapacidad, presentaron un patrón de exageración de síntomas con el fin de reflejar “su peor imagen posible”, mucho más deteriorada que los individuos que presentaban



una patología similar pero que respondieron honestamente.

Los estudios que durante los últimos tres años, junto con **Pablo Santamaría** (I+D, TEA Ediciones), he llevado a cabo para su adaptación española avalan la capacidad del SIMS como prueba de screening para la evaluación de la simulación en los contextos clínico, forense y médico-legal.

**I:** *Bajo su punto de vista, ¿cuál sería el papel del psicólogo en la valoración del dolor crónico y la fibromialgia? ¿Y en la simulación?*

**H.G.O.:** Creo que los psicólogos estamos en disposición de ofrecer a los demás profesionales de la salud instrumentos, técnicas y procedimientos, basados en la evidencia científica y empírica, que contribuyan significativamente a una valoración más integral y detallada de la experiencia del dolor y cómo afecta a los individuos en las distintas áreas de su vida. Así mismo, la Psicología científica ha desarrollado técnicas y procedimientos terapéuticos eficaces para maximizar el manejo del dolor crónico y, conjuntamente con los procedimientos biomédicos, podemos contribuir de manera integral a mejorar considerablemente la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico, incluida por su puesto la fibromialgia.

Respecto a la simulación, pienso que la investigación psicológica puede contribuir muy significativamente a desarrollar instrumentos, técnicas y procedimientos para objetivar la simulación. Éste es uno de los principales caballos de batalla. En mi experiencia, a menudo los profesionales sanitarios relacionados con el ámbito médico-legal no tienen problemas en detectar las

discrepancias e incongruencias típicas de la conducta de simulación, en base a su dilatada experiencia clínica. Pero una cosa es tener la sospecha clínica y otra muy distinta operativizarla y objetivarla. Y ahí es donde la Psicología científica puede aportar soluciones instrumentales que mejoren la eficacia y la precisión de la detección de la simulación.

**I:** *Finalmente, ¿le gustaría comentar añadir alguna otra cuestión?*

**H.G.O.:** Tanto el dolor crónico como la simulación son campos abiertos a la Psicología y a la intervención psicológica, campos en los que podemos y debemos intervenir porque nuestra labor probablemente resulte significativa para la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren dolor crónico, por

un lado; y para detectar a aquellas personas que fraudulentamente utilizan los recursos del sistema público sanitario para su beneficio, en detrimento de las personas que honestamente los necesitan, por otro.

Sin duda, ambos campos de actuación van generando cada día un mayor interés entre los psicólogos, lo que probablemente redunde en una mayor y mejor formación profesional sobre estos aspectos. Por el momento, un buen ejemplo de ello es que vosotros hayáis tenido la amabilidad de invitarme a contestar estas preguntas, reflejo sin duda del interés de la profesión por estos campos de estudio. Así que, gracias por permitirme estas palabras que espero sirvan para estimular aún más si cabe el interés de mis colegas de profesión por profundizar en estos aspectos.