

Multimed 2015; 19(5): 81-95
SEPTIEMBRE-OCTUBRE

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GRANMA
HOSPITAL CARLOS MANUEL DE CÉSPEDES. BAYAMO

Factores psicosociales en pacientes con fibromialgia

Psychosocial factors in patients with fibromyalgia

Esp. MGI. Abel D. Vázquez Machado,^I Ms. Psiq. Social. Andrés R. Vázquez Machado.^{II}

^I Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Jimmy Hirzel. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad frecuente en la práctica médica y la etiología de la misma permanece aún oscura, relacionándose con factores emocionales. Se realizó un estudio transversal con pacientes fibromiálgicos del Centro Médico Ambulatorio de Hospital "Carlos M. de Céspedes", con el objetivo de identificar los factores psicosociales que se presentan en ellos. Se estudiaron variables demográficas; presencia de depresión, desesperanza e ideación suicida, percepción del dolor y eventos vitales. Se utilizó el análisis estadístico mediante porcentajes y como estadística inferencial el test Chi Cuadrado. Predominaron las mujeres, con edades entre 35 y 44 años, que tenían un empleo y pareja estable. El 77,3 % tenían depresión y 34,8 % de los deprimidos manifestaron ideación suicida. Más de la mitad de la muestra tenía desesperanza. Las personas con fibromialgia y depresión presentan con más frecuencia dolor exagerado a la presión y mayor número de eventos vitales que los no deprimidos. Se concluye que la depresión

tiene una elevada prevalencia en los pacientes fibromiálgicos, al parecer relacionado con mecanismos etiopatogénicos comunes, que hacen pensar que esta entidad es una forma enmascarada de depresión o que la depresión puede ser una reacción adaptativa a la fibromialgia.

Descriptor DeCS: FIBROMIALGIA/psicología; FIBROMIALGIA/diagnóstico; FIBROMIALGIA/terapia.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a common disease in the medical practice and its etiology remains dark, relating to the emotional factors. It was performed a cross-sectional study in patients with fibromyalgia in the Medical Ambulatory Center at "Carlos M. de Céspedes" Hospital, with the aim to identify the psychosocial factors that occur in them. There were studied some demographic variables, like the presence of depression, hopelessness and suicidal ideation, pain perception and vital events. The statistical analysis was used by percentages, and as inferential statistical, it was applied the Chi Square test. There was a prevalence of women about 35 and 44 years old, which had a job and a stable partner. 77.3% presented depression and 34.8% of the depressed patients expressed suicidal ideation. More than a half of the sample presented hopelessness. People with fibromyalgia and depression more often presented exaggerated pressure pain and a greatest amount of vital events than the non depressed patients. It is concluded that depression is highly prevalent in patients with fibromyalgia, apparently related to common ethiopathogenic mechanisms, which suggested that this entity is a disguised form of depression or that depression may be an adaptive response to fibromyalgia.

Subject heading: FIBROMYALGIA/psychology; FIBROMYALGIA/diagnosis; FIBROMYALGIA/ therapy.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome cuya existencia parece remontarse a la antigüedad, ya que Hipócrates describió el reumatismo de las histéricas, que se presentaba en mujeres, con dolor generalizado y un importante componente psicológico. En 1904 Stockman utilizó el término fibrositis para describir el cuadro que tenía como signo relevante la existencia de puntos dolorosos (tender points). A mediados de los años 70 Smythe y Moldofsky definieron la localización de los tender points y acuñaron el término fibromialgia. La etiología del síndrome es

desconocida y la fisiopatología está poco clara. A pesar de que los síntomas dolorosos afectan músculos, ligamentos y tendones no existe evidencia de inflamación en ellos.¹

Los pacientes con esta condición son frecuentes en la práctica médica, se calcula que en consultas de medicina general la prevalencia se encuentra entre un 5 % y 6 %, en centros de atención especializados oscila entre 10 % y 20 % y representan entre un 6 % y un 20 % de nuevos pacientes atendidos en la práctica reumatológica diaria.^{2,3}

Un estudio informó que la prevalencia de FM en 5 países europeos fue de 2,9 % a 4,7 % de la población general, con la tasa más baja en Francia y la más elevada en Italia.⁴ En Estados Unidos se estima que 2 % de la población padece el trastorno, mientras en Ontario, Canadá 3,3 % de la población está afectada por el síndrome.⁵

A pesar de los avances en el conocimiento de esta entidad, la etiología de la misma permanece aún oscura, sin que se haya identificado un agente único causal desencadenante del proceso fibrosítico. Diversos estudios resaltan la presencia de alteraciones emocionales en pacientes con FM, un 50 % de ellos no logran un sueño reparador ya sea por su frecuente despertar, demoras para conciliar el sueño, dificultad para volverse a dormir y cansancio al despertar.^{6,7}

Está bien establecida la relación de la FM con la depresión. La sintomatología del síndrome fibromiálgico se superpone en muchos aspectos a la sintomatología depresiva. La fatiga, las alteraciones del sueño y el dolor, unido a trastornos del humor, sugieren la depresión; también apoyan este, la disminución de los niveles plasmáticos de triptófano, alteraciones de algunas aminas biógenas en el Sistema Nervioso Central como la serotonina y noradrenalina, cuyo papel patogénico en la depresión está demostrado y la mejoría que obtiene un elevado número de enfermos cuando se les instaura un tratamiento antidepresivo controlado.^{7,8}

Las manifestaciones psicológicas pueden estar generadas e intensamente influenciadas por los eventos vitales, que se definen como cualquier incidente que ocurre en el ambiente externo de la persona que provocan estrés y cuya ocurrencia puede ser verificado por un tercero. Diversos autores señalan que los eventos adversos que acontecen en la infancia y la edad adulta son potenciales factores etiológicos de la FM; entre los más frecuentes se señalan el abuso físico y sexual,

problemas en el centro de trabajo, dificultades financieras y la enfermedad o muerte de familiares.⁹⁻¹¹

El objetivo de esta investigación es identificar los factores psicosociales que se presentan en pacientes con FM.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con pacientes reumáticos atendidos en el Servicio de Reumatología del Centro Médico Ambulatorio del Hospital "Carlos M. de Céspedes", entre el 1 de noviembre de 2013 y 30 de abril de 2014.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de FM según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, con edades entre 20 y 60 años y que aceptaron participar en la investigación previo consentimiento informado. Se estudiaron las variables edad, sexo, ocupación y estado conyugal; mediante el Inventario de Depresión de Beck (IDB) se determinó la presencia de depresión e ideación suicida y la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) permitió determinar el nivel de desesperanza en ellos. La clasificación multiaxial de la CIE-10 que contempla: Eje III – Factores ambientales y circunstanciales (código Z de la CIE-10) permitió identificar los eventos vitales que afectaron a los pacientes en los últimos 12 meses.

El análisis estadístico se hizo mediante porcentajes, media aritmética, desviación estándar y rangos; para evaluar la relación de la depresión con la intensidad del dolor y los eventos vitales se utilizó el test Chi Cuadrado, considerando significativa la probabilidad menor o igual que 0,05.

RESULTADOS

Al analizar las características sociodemográficas de los pacientes con FM pudimos constatar que existe un predominio en el grupo de 35 a 44 años, sexo femenino, los que tenían un empleo y vivían con una pareja estable. La edad media fue de 43,65 años (DS=19,5) (Rango: 23 – 59 años). La razón mujer/hombre fue de 32 (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas en pacientes con FM.

Características sociodemográficas	Femenino (n=64) %	Masculino (n=2) %	Total (n=66) %
Grupos de edades			
15 - 24 años	1,6	50,0	3,0
25 - 34 años	12,5	-	12,1
35 - 44 años	39,1	50,0	39,4
45 - 54 años	35,9	-	34,9
55 y más años	10,9	-	10,6
Ocupación			
Con empleo	65,6	100	66,7
Amas de casa	29,7	-	28,8
Sin empleo	3,1	-	3,0
Estudiantes	1,6	-	1,5
Estado conyugal			
Con pareja	78,1	100	78,8
Divorciado	15,6	-	15,1
Soltero	6,3	-	6,1

Poco más de las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes tenían una puntuación de 10 o más en el IDB; de ellos más de la mitad tenían una depresión moderada. El 34,8 % de los enfermos manifestó ideación suicida actual, que se corresponde con un 45,1 % de los deprimidos; más de la mitad de la muestra puntuó para desesperanza según la EDB (tabla 2).

Tabla 2. Resultados de las escalas de depresión y desesperanza en pacientes con FM.

Inventario de Depresión de Beck	nº	%
Normal	15	22,7
Depresión leve	21	31,8
Depresión moderada	26	39,4
Depresión severa	4	6,1
Ideación suicida		
No	38	57,6
Si	23	34,8
Escala de Desesperanza de Beck		
Tiene desesperanza	36	54,5
No tiene desesperanza	30	45,5

Al explorar los puntos dolorosos (tender points) se tuvo en cuenta la apreciación del terapeuta sobre la respuesta del paciente al presionar dichos puntos. Todos los pacientes tenían dolor, en más de la mitad el dolor era tolerable a la presión, más de 1/3 presentó dolor exagerado al presionar estos puntos y solo un paciente tenía puntos intocables, no existieron diferencias significativas entre los deprimidos y los que no tienen depresión ($p > 0,05$) (tabla 3).

Tabla 3. Percepción del dolor por los pacientes con FM.

Puntos dolorosos	Depresión				X ²	p
	Si (n=51)		No (n=15)			
	nº	%	nº	%		
Ausencia de dolor						
Si	0	-	0	-	-	-
No	51	100	15	100		
Presencia de dolor tolerable a la presión						
Si	31	60,8	13	86,7	2,4265	NS
No	20	39,2	2	13,3		
Presencia de dolor exagerado a la presión						
Si	19	37,3	2	13,3	2,0542	NS
No	32	62,7	13	86,7		
Puntos intocables						
Si	1	2,0	-	-	-	-
No	50	98,0	15	100		

NS: no significativo

En la tabla 4 se observan los eventos vitales que afectaron a los pacientes. Se tuvo en cuenta aquellos ocurridos en el último año y que el individuo consideró muy estresantes. Las más frecuentes fueron las dificultades en las relaciones interpersonales, de estos los conflictos con la pareja se asociaron significativamente a la presencia de la depresión ($p < 0,05$). En general los individuos con síndrome depresivo tuvieron mayor número de eventos vitales que los que tenían un estado de ánimo normal.

Tabla 4. Eventos vitales en pacientes con FM.

Eventos vitales	Depresión				X ²	p
	Si (n=51)		No (n=15)			
	nº	%	nº	%		
Conflicto con la familia	31	60,8	5	33,3	2,5027	NS
Conflicto con la pareja	25	49,0	2	13,3	4,7193	SE*
Dificultades económicas	11	21,6	2	13,3	0,1127	NS
Conflictos laborales	9	17,6	1	6,7	0,4007	NS
Divorcio	8	15,7	0	-	NA	-
Otros	6	11,8	1	6,7	0,0075	NS

NS: no significativo

SE: significación estadística

NA: no aplicable

*p=0,0298

DISCUSIÓN

La razón de personas afectadas por género coincide con lo reportado por otros autores, que consideran que la mayoría de los individuos portadores de esta patología son mujeres, reportándose frecuencias que varían entre 45 % y 95 %. La edad promedio también coincide con lo reportado en la literatura.^{3-7, 11,12}

La información acerca de la historia natural de la FM señala que, usualmente esta se presenta entre los 30 y 55 años, etapa de la vida donde el estrés psicosocial es mayor, ya que las personas se encuentran en edad productiva, con responsabilidades familiares y sociales importantes.

La ocupación ha sido relacionada con la FM por algunos autores, señalando que situaciones estresantes que acontecen en el medio laboral han aumentado la incidencia de pacientes con procesos fibromiálgicos, entre estos estresores se señalan la sobrecarga de trabajo y los conflictos en el centro de trabajo.¹²⁻¹⁴

Lo que sí está demostrado es la repercusión que sobre la actividad laboral tiene este padecimiento, pues la fatiga y el dolor, síntomas casi constantes, producen una incapacidad que se traduce en ausencias reiteradas y baja productividad, lo cual agrava la situación lamentable de estos enfermos, originado por la afectación económica que esto entraña.

La depresión es la manifestación psicológica más común en pacientes con FM. La frecuencia de presentación de la misma varía según diversos autores; pero todos coinciden en que es alta. Algunos consideran que los pacientes con FM tienen 30 % de probabilidad de tener un diagnóstico comórbido de trastorno depresivo mayor (TDM) y 74 % de probabilidad de padecer depresión a lo largo de su vida.¹³ Otros señalan que la prevalencia es de 32,9 % para depresión leve, 21,4 % para depresión moderada y 12,9 % para depresión severa.¹⁵

Moreno y colaboradores utilizando la Escala de Depresión de Hamilton encontraron que 27,7 % tenían depresión leve, 30,9 % depresión moderada y 9 % depresión severa.³

La elevada ocurrencia de depresión en FM puede apoyar la idea de que ambos comparten mecanismos fisiopatológicos comunes, lo que ha llevado a clasificar la FM como parte de los trastornos afectivos. Alteraciones en genes específicos que están involucrados en la vulnerabilidad para desarrollar cuadros depresivos pueden estar implicados en la FM, en este caso la influencia genética, de factores ambientales y la interacción gene/ambiente puede predisponer al individuo a desarrollar FM y depresión.⁸

Algunos eventos adversos que afectan al individuo en la infancia y lo predisponen a desarrollar depresión en la edad adulta también se comportan como factores de riesgo de FM según algunos autores.^{8,9,15,16} La depresión puede ser reactiva al dolor, en este caso el dolor crónico se convierte en un evento depresogénico,⁸ también algunos síntomas son comunes para ambos trastornos y existen ciertos trastornos de personalidad que son propensos a desarrollar ambas entidades;¹³ alteraciones en diversos sistemas de neurotransmisores, fundamentalmente noradrenalina, serotonina y dopamina, así como alteraciones en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal son comunes a ambos trastornos.^{9,12-14}

La creencia más diseminada entre los investigadores es que la FM es una forma enmascarada de depresión o alguna forma aberrante de somatización de ésta. En algunos países no se diagnostica y se considera que el dolor con la ausencia de signos objetivos es psicógeno y lo diagnostican como un trastorno somatoforme (trastorno por somatización o trastorno por dolor) y la FM no existe.¹⁷

La presencia de ideación suicida en 34,8 % de los fibromiálgicos alerta sobre la gravedad de su situación y la necesidad de valoración psiquiátrica en este tipo de enfermo, se conoce que la depresión es el principal factor de riesgo suicida y que este se incrementa en pacientes con enfermedades crónicas dolorosas.

La desesperanza es un componente cognitivo del síndrome depresivo, referente a expectativas negativas sobre el futuro. El hecho que se haya propuesto que ésta puede comportarse como estado y como rasgo es importante al tratar pacientes fibromiálgicos deprimidos, porque en los que se manifiesta como rasgo crónico, con expectativas negativas resistentes al cambio, la posibilidad de recaída o de cronificación de la FM es elevada.

Aunque no existieron diferencias significativas ($p > 0,05$) se encontró que los pacientes deprimidos tienen con mayor frecuencia dolor exagerado a la presión que los que no tienen depresión. El dolor puede servir simultáneamente como síntoma de malestar psicológico y como defensa contra este; puede ser una forma de somatización de la depresión en individuos que por sus características de personalidad le es más fácil aceptar que están físicamente enfermos que emocionalmente enfermos, o puede ser resultado de la hiperestesia que es un síntoma presente en pacientes con depresión, en este caso la disminución del umbral para el dolor provoca que el individuo perciba este como más intenso de lo que en realidad es.

El estudio de los eventos vitales tiene importancia, al considerar el papel que juegan los factores psicológicos en esta enfermedad. Las personas que presentan una predisposición psicopatológica previa tienen más posibilidades de presentar un trastorno depresivo, ansioso, psicossomático u otro si se le presentan eventos vitales adversos, y mientras mayor sea el número de estos, la respuesta al tratamiento será peor y la evolución del trastorno más tórpida.

Thiagarajah y colaboradores reproducen las ideas de otros investigadores que señalan que la percepción del efecto estresante de los eventos vitales que ocurren en la vida es diferente en pacientes con FM y en controles. Los enfermos tienen mayor probabilidad de reportar eventos vitales que ellos perciben como estresantes que los controles, y tienden a magnificar más el efecto estresante de estos eventos adversos. Ellos sugieren interpretar el efecto de estos factores estresantes a través del modelo diátesis-stress. Esta teoría de la enfermedad describe como las

personas con una particular vulnerabilidad responden al estrés de manera diferente a como lo hacen las personas sin esa vulnerabilidad.¹²

Gonçalves Ferreira y colaboradores encontraron que los pacientes con FM no difieren de los controles en cuanto a la cantidad de eventos vitales, aunque ellos perciben los eventos como más estresantes.¹¹

El aporte de esta investigación es que confirma los reportes de otros investigadores en cuanto a la importancia de tener en cuenta los factores psicosociales en la evaluación de pacientes con FM. Su limitación está relacionada con el diseño de la investigación que no permite considerar los resultados como extrapolables.

CONCLUSIONES

Las personas con FM son mayormente de sexo femenino, que se encuentran en la etapa media de la vida, con responsabilidades laborales y pareja estable. La depresión tiene una elevada prevalencia en los pacientes fibromiálgicos, al parecer relacionado con mecanismos etiopatogénicos comunes, que hacen pensar que la FM es una forma enmascarada de depresión o la depresión una reacción adaptativa a la FM. Las ideas suicidas y la desesperanza son parte del cuadro clínico de muchos de estos pacientes y requieren de valoración psiquiátrica. El dolor es el síntoma más común en pacientes con FM y los deprimidos tienden a percibirlo como más intenso a la presión que los no deprimidos. Los pacientes fibromiálgicos deprimidos experimentan más eventos vitales que los que no presentan depresión y parecen ser más susceptibles al efecto depresogénico de estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abeles M, Abeles AM. The New Criteria for Fibromyalgia: Evolution or Devolution? *Rheumatology* 2011; 1(1):e101.
2. Häuser W, Wolfe F. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo* 2012; 64 (4): 194-205.
3. Moreno V, Namuche F, Noriega AE, Vidal M, Rueda C, Pizarro J; et al. Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *An Fac Med* 2010; 71(1):23-7.

4. Branco JC, Bannwarth B, Failde I, Abello Carbonell J, Blotman F, Spaeth M; et al. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Semin Arthrit Rheum* 2010; 39(6):448-53.
5. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, Clauw DJ, Whipple MO, Oh TH; et al. Prevalence of Fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthrit Care Res* 2013; 65(5):786-92.
6. Prada Hernández DM, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Marín Toledo R. Fibromialgia: una reflexión necesaria. *Rev Cubana Reumatol [Internet]*. 2011 [citada 23 de febrero del 2015]; 15(18):341-65. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/48>
7. Chaves Hidalgo D. Actualización en fibromialgia. *Med Legal Costa Rica* 2013; 30(1):83-8.
8. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthrit Care Res* 2011; 63(6):808–20.
9. Anderberg UM. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry* 2000; 15(5):295–301.
10. González B, Baptista TM, Branco JC, Ferreira AS. Fibromyalgia: antecedent life events, disability and causal attribution. *Psychol Health Med* 2013;18(4):461-70.
11. Gonçalves Ferreira EA, Marques AP, Matsutani LA, Vasconcellos EG, Furtado de Mendonça LL. Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2002; 42(2):104–10.
12. Thiagarajah AS, Guymer EK, Leech M, Littlejohn GO. The relationship between fibromyalgia, stress and depression. *Int J Clin Rheumatol* 2014;9(4):371-84.
13. Revuelta Evrard E, Segura Escobar E, Tevar JP. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2010; 17(7):326-32.

14. Vargas Nunes SO, Vargas Nunes LA, Brum Moraes J, Uemura V. Depressive disorder and fibromyalgia: association to early life stress. Case report. Rev Dor 2012; 13(3):282-86.
15. Low LA, Schweinhardt P. Early life adversity as a risk factor for fibromyalgia in later life. Pain Res Treat 2012; 17(6). Disponible en:
<http://www.hindawi.com/journals/prt/2012/140832/>
16. Wolfe F. The Modification of the American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia Should Be Supplemented and Revised. J Rheumatol 2011; 38(9):2076.

Recibido: 11 de julio del 2015.

Aprobado: 28 de julio del 2015.

Abel D. Vázquez Machado. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. E-mail: abeldario19@grannet.grm.sld.cu