

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Existen evidencias que apoyan la presencia de un componente psiquiátrico en la FM, a pesar de que esta apreciación es rechazada por los afectados, que consideran que el malestar psíquico es secundario a sus dolencias físicas. Las características psicológicas y de conducta de los pacientes pueden influir en la impresión global, de forma que aumente el riesgo de errores diagnósticos.

Algunos autores incluyen la FM dentro de las enfermedades de moda, pudiendo ser utilizada como mecanismo de racionalización de problemas psicosociales o como mecanismo de afrontamiento o incluso como forma de vida. En los últimos años se ha tratado de esclarecer cuál es el papel que juega la depresión y la ansiedad en la FM, así como la importancia de los antidepresivos y de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento multimodal de esta patología. De todas formas, hay que considerar de muchos de los estudios realizados han usado instrumentos que no controlan todas las variables, (por ej. el dolor), y por dicho motivo deben ser interpretados con cautela.

Pese a las controversias que existen en torno a su etiología, hoy en día no hay duda que se trata de un trastorno de base músculo-esquelética, en el que existen aspectos psicológicos y psiquiátricos implicados en su inicio o evolución.

Aspectos psicológicos: Se ha intentado establecer un tipo de personalidad característica de la FM, así como establecer el grado de afectación del paciente por variables internas (emociones, percepción y mecanismos de afrontamiento y adaptación). En muchos de los estudios realizados se han encontrado evidencias de alteraciones psicológicas en dichos pacientes. Aplicando el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), y otras escalas similares, se observó que el perfil psicológico de estos pacientes presentaba una

puntuación elevada para depresión, hipocondriasis e histeria. Como decíamos estos resultados son difíciles de interpretar en pacientes con dolor crónico o enfermedades médicas, por dicho motivo es conveniente realizar en estos casos entrevistas psiquiátricas estructuradas.

Los pacientes fibromiálgicos se han descrito como exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, responsables, morales y meticulosos. Para algunos autores estos pacientes presentaban un índice neurótico significativo, autoimagen débil e índice de psicoticismo elevado. Otros presentan una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica (mayores eventos traumáticos infantiles, pesimismo, desesperanza, dependencia y pasividad, negación de problemas y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos). Encontró un elevado catastrofismo (o creencias pesimistas) en estos pacientes. Estas creencias jugarían un papel importante en el dolor y la depresión, (siendo este papel mayor en la FM que en la artritis reumatoide presentaban sentimientos de inutilidad, fracaso, aversión y ideación de muerte. La importancia de esta idea, radica en sus implicaciones terapéuticas, con la intervención de la psicoterapia en el procesamiento de las emociones.

Algunos autores concluyen que no se puede confirmar la existencia de una personalidad fibromiálgica, sin embargo otros confirmaron la presencia de un ánimo depresivo y la correlación negativa de los conflictos con la presencia de depresión (cuanto mayor es la depresión, menor es la tendencia a negar sus problemas emocionales).

Para algunos autores, la mayoría de las manifestaciones psicológicas pueden ser consideradas aspectos del dolor crónico. Los pacientes con dolor crónico presentan alteraciones del funcionamiento psicosocial relacionados con el abuso de fármacos, funcionamiento físico bajo, dependencia de la psicoterapia pasiva, aumento del desamparo y desesperanza, elevada resistencia al tratamiento, conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales y cambios emocionales y afectivos negativos.

Aspectos psiquiátricos: Algunos estudios indican que estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, que incluyen depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico. De hecho, para algunos autores, las quejas múltiples que presentan serían atribuibles a una alteración por somatización. Presentan más síntomas somáticos de origen oscuro, múltiples intervenciones quirúrgicas y búsqueda de ayuda. La ansiedad puede presentarse fórica, proporcionando una mala impresión o interpretación del dolor generalizado. La ansiedad incrementaría la tensión muscular.

Existe una gran evidencia de que la depresión se asocia con la FM, pero hay que tener en cuenta, que algunos síntomas característicos de la FM, como la astenia, trastornos del sueño, trastornos cognitivos y quejas somáticas, están presentes también en la depresión.

Para algunos autores, la FM podría estar incluida en las enfermedades del espectro afectivo. Estos sugirieron tres hipótesis:

- La FM como manifestación de la depresión.
- La depresión causada por la FM.
- Existencia de anormalidades fisiopatológicas comunes.

Otros autores encontraron una asociación psicobiológica más que una relación causal, ya que en la mayoría de los casos la depresión precedía a la FM, así como concluyó que la depresión era más común en los familiares de los pacientes fibromiálgicos.

Identificar a los pacientes con depresión es importante, no sólo porque la depresión es una patología tratable, sino también porque puede tener efectos nocivos en la capacidad del paciente para hacer frente a los síntomas de la FM. Se realizó un estudio multicéntrico para determinar si la existencia de comorbilidad psiquiátrica servía para predecir un empeoramiento funcional adicional, encontrando que dicho empeoramiento en estos pacientes era grave.

Otros no observaron diferencias en cuanto antecedentes de enfermedad psiquiátrica, entre pacientes con FM, artritis reumatoide y sujetos sin dolor. La prevalencia de enfermedades psiquiátricas sería mayor en los pacientes

asistidos en centros de tercer nivel, frente a los que no buscan asistencia médica.

A parte de la elevada incidencia de síntomas psicopatológicos en pacientes fibromiálgicos, se han constatado evidencias que sugieren un peor pronóstico global en estos sujetos. Se evaluó el papel de la ansiedad y la depresión en la FM, determinando que los trastornos psicológicos se pueden correlacionar con la duración de la enfermedad y la intensidad del dolor, (puntuación de rasgos de ansiedad).

Se ha estudiado el papel de la depresión y la ansiedad en los dos principales síntomas de la FM, el dolor y la fatiga, encontrando afectos aditivos e independientes de la ansiedad y depresión sobre los niveles de ambos síntomas. Sin embargo, la interacción con depresión y ansiedad no explica significativamente la diferencia de síntomas entre los participantes del estudio, generando dos hipótesis: ansiedad y depresión están independientemente asociadas con la intensidad del dolor y la ansiedad elevada y la depresión leve, comportarían el diagnóstico de FM sin estar presente todos los criterios.

Se estudiaron otros factores psicosociales que pudiesen influir en la FM, como los abusos sexuales. No parece que el antecedente de dichos abusos sea un factor específico para la etiología de la FM, pero si que existe una mayor prevalencia de abusos estas pacientes y dicha existencia se ha correlacionado con el número e intensidad de síntomas asociados, sin embargo algunos estudios refieren fallos metodológicos y por ello hay que ser cauto en su interpretación.

Los niveles de β endorfina, en células mononucleares de la sangre periférica, estarían relacionados, en caso de confirmarse con la fisiopatología de la FM y podría servir como herramienta diagnóstica y de diagnóstico diferencial con la depresión. Se ha postulado que la FM representaría una activación del sistema inmunológico, encontrándose niveles disminuidos de endorfina en la FM y otras, como el síndrome de la fatiga crónica, y la depresión, como una supresión de dicho sistema, (niveles elevados de endorfina en la depresión).

A pesar de que los resultados obtenidos en los distintos estudios no son homogéneos, queda clara la implicación de los trastornos psiquiátricos y psicológicos en el inicio y/o evolución de la FM. Sin embargo, falta determinar con mayor precisión el papel específico de los aspectos psicopatológicos en la etiopatogenia y curso de la fibromialgia.

Aspectos terapéuticos: El tratamiento integral de la FM supone un verdadero reto para el médico de atención primaria, debido a la eficacia limitada de los fármacos y la complejidad de estos pacientes. Actualmente el tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, como técnicas de relajación, ejercicios aeróbicos, terapia cognitivo-conductual y otras que se citarán posteriormente.

Aunque se han realizado múltiples estudios, la interrelación de los mismos es difícil, debido a la diversidad de los criterios de respuesta e instrumentos utilizados y a las múltiples variables que aparecen (duración del tratamiento, tamaño de la muestra, abandonos por efectos adversos o empeoramiento sintomático). Pese a estas dificultades metodológicas, los antidepresivos tricíclicos constituyen uno de los grupos farmacológicos con más evidencias para su uso.

Tratamiento farmacológico: Los fármacos más estudiados son los antidepresivos, concretamente los tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS). Se ha sugerido que ciertos síntomas de la FM responderán mejor a los fármacos que intervienen en la regulación del sistema serotoninérgico.

En 1996 se realizó un estudio para evaluar la eficacia de un ADT como la amitriptilina y de un ISRS como la fluoxetina, en monoterapia y en combinación, en el tratamiento de la FM. Las dosis usadas son consideradas bajas para el tratamiento de la depresión mayor, (20 mg/d de FL y 25 mg/d de AM). Ambos fármacos presentaban una mejoría significativa para el dolor, el sueño y la valoración global del paciente. Este efecto beneficioso se duplicaba al combinar ambos fármacos. La eficacia de dicha combinación podría relacionarse con el balance de la recaptación serotonina/ norepinefrina/ dopamina.

En otros estudios realizados, la FL mejoraba el sueño, pero no el dolor, en cambio, en otros, mejoraba la fatiga, los síntomas depresivos y el dolor. Otro trabajo comparativo entre paroxetina y AM, constató una buena respuesta en los puntos dolorosos, la escala de depresión de Hamilton, el dolor, el sueño y la valoración global, (encontrando un efecto algo superior con la paroxetina y con menos efectos adversos).

En el año 2000 se realizó un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en 40 pacientes afectas de FM. Utilizaron dosis de 20-40 mg y la duración del estudio fue de cuatro meses. Estos autores no observaron ningún cambio entre el grupo tratado con citalopran y el que recibió placebo, en lo referente al dolor o al bienestar tanto en el análisis e intención de tratar (IT) como en el análisis de los que finalizaron el estudio. Sin embargo es estos últimos se observó una tendencia a la mejoría, en cuanto al bienestar, en un número mayor de pacientes del grupo de citalopran (52%) que el grupo de placebo (22%). Los resultados también indicaron que tras dos meses de tratamiento disminuía la percepción del dolor. Este trabajo también constató una mejoría evidente de los síntomas depresivos.

La venlafaxina, un antidepresivo con un mecanismo dual de acción, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la fibromialgia en estudios abiertos no aleatorizados. En 1998 se constató la eficacia de la venlafaxina en estos pacientes. Incluso estos autores han demostrado que la existencia de antecedentes afectivos, (tanto trastornos de ansiedad como trastornos depresivos) predicen una buena respuesta al fármaco. Este trabajo destaca uno de los aspectos más controvertidos en el manejo de la fibromialgia con antidepresivos concretamente la posible eficacia de los mismos en los pacientes con síntomas depresivos. Sin embargo existen autores y trabajos ya mencionados que constatan buenos resultados con antidepresivos en pacientes sin la coexistencia de trastornos depresivos. Este aspecto constituye uno de los retos actuales de la investigación en este campo.

Otros fármacos estudiados han sido la nortriptilina y los IMAO, (inhibidores de la monoaminoxidasa). Estos últimos presentaban una mejoría respecto al placebo, pero presentaban efectos adversos.

La moclobemina fue útil al compararla con el placebo para aliviar la mayoría de los síntomas, (cansancio, calidad de sueño y valoración global). Fue estudiada también en pacientes con FM sin enfermedad psiquiátrica, sugiriendo que no era útil en el tratamiento de este subgrupo de pacientes.

Se estudió el efecto de la ritaserina, (bloqueo receptor 5-HT-2) en estos pacientes, presentando una mejoría significativa de la sensación de descanso por la mañana y de la cefalea. Por lo tanto, existen escasos trabajos con ADT, pero sugieren su eficacia, sobre todo cuando se actúa sobre los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y noradrenérgico.

Conclusiones: A pesar de las evidencias que existen, se desconoce si los síntomas psiquiátricos preceden, son consecuencia o coinciden con la FM, siendo para ello necesario la elaboración de más estudios, con mayor homogenización de los instrumentos y de las poblaciones usadas, así como de los diseños fenomenológicos.

Especial atención ha de merecer el tratamiento de los síntomas psiquiátricos que coexisten en las manifestaciones músculo-esqueléticas. En dichos síntomas parecen útiles los ADT, especialmente los que interfieren en la regulación de las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas.