



## FIBROMIALGIA. ¿ANSIEDAD O DEPRESIÓN?

Cristina Torres Pascual\*. Sandra Torrell Vallespín\*\*

\* Escola Universitaria de Fisioteràpia Garbí. Salt. Girona. España.

\*\* Hospital de l'Esperança. Barcelona. España.

[ctorrespas@fisioterapeutes.org](mailto:ctorrespas@fisioterapeutes.org)

Ansiedad, Depresión, Fibromialgia, Visualizaciones, Técnicas de relajación.

### RESUMEN:

**Introducción:** La fibromialgia es un síndrome que se caracteriza por dolor muscular, acompañado de fatiga, rigidez tras descanso, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión entre otra clínica. El estudio pretende valorar la incidencia de ansiedad y depresión en la fibromialgia; así como la mejoría ante un tratamiento con técnicas de relajación, mediante visualizaciones durante tres meses.

**Metodología:** La muestra está formada por 20 mujeres diagnosticadas de fibromialgia con edades comprendidas entre 50-69 años. El registro de valoración elegido ha sido la Escala de Goldberg. Nivel de significación utilizado es  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 4 mujeres presentaron sólo ansiedad, 4 depresión, y 9 ambos síntomas; no habiendo diferencias significativas entre ellas ( $p = 0,189$ ). Al finalizar la terapia 2 mujeres presentan ansiedad y 2 depresión, continuando 4 con ambas. La media aritmética de la ansiedad antes del tratamiento fue de 5,15, y 3 después de éste; para la depresión las medias obtenidas para antes y después de la terapia han sido 4,05 y 2,45 respectivamente. Los niveles de significación obtenidos a raíz del tratamiento son  $p_{\text{ansiedad}} = 0,016$  y  $p_{\text{depresión}} = 0,03$ .

**Conclusiones:** Podemos observar que el 65% de la muestra presenta ansiedad y/o depresión, con un porcentaje mayor a la combinación de los dos síntomas, no existiendo una predisposición significativa a alguno de ellos. El 50% de las pacientes mejora significativamente trabajando con visualizaciones.

## Introducción

La fibromialgia (FM) es un síndrome que se caracteriza por la presencia de dolor musculoesquelético crónico, difuso y generalizado <sup>(1)(2)</sup>, siendo una de la enfermedades más representativas del dolor crónico, aproximadamente el 3% de la población<sup>(3)</sup>. Este dolor constante puede acompañarse de un incremento de la sensibilidad dolorosa a la palpación, alodinia<sup>(4)</sup>, fatiga<sup>(5)</sup>, rigidez tras el descanso, ansiedad y depresión<sup>(6)</sup>, disfunción sexual<sup>(7)</sup>, trastornos del equilibrio y deterioro cognitivo como pérdida de memoria o déficit de vocabulario<sup>(8)</sup> los cuales se exacerban con la presencia de dolor, depresión, ansiedad o alteraciones del sueño<sup>(9)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la enfermedad en el año 1994, y el mismo año es tipificada en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10)<sup>(10)</sup>. Dos años más tarde la FM es reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor<sup>(11)</sup>.

Este síndrome se da predominantemente en mujeres<sup>(12)</sup> en edades comprendidas entre los 22 y 50 años, con una incidencia del 3,9% en mujeres entre los 20-40 años y un 5,8% entre los 40-60 años<sup>(13)</sup>. La personalidad de estas mujeres suele ser vulnerable psicológicamente<sup>(14)</sup>, con una autoimagen débil<sup>(15)</sup> a la vez que son ordenadas, curiosas, exigentes y responsables<sup>(16)</sup>.

No hay una etiología clara de la causa que provoca la FM, sin embargo la mayoría de estudios hablan como origen de la afección la alteración de los centros superiores supraespinales<sup>(17)</sup>, con alteración de los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y catecolaminérgicos<sup>(18)</sup>, siendo múltiples los factores que desencadenan la manifestación de la patología, como problemas laborales, familiares o sociales, situaciones de estrés, traumatismo o enfermedad<sup>(19)</sup>.

El dolor generalizado presente en la FM se asocia a estados afectivos negativos, como la depresión y ansiedad, y la insatisfacción general de la paciente<sup>(20)</sup>. En estudios multicéntricos aparecen síntomas de depresión entre un 22 y 68% de las pacientes afectas de FM y ansiedad entre un 16 y 82%<sup>(21)(22)</sup>. Sin embargo, no queda claro si la depresión y la ansiedad son síntomas provocados por el dolor<sup>(23)</sup>, o contrariamente son desencadenantes de la patología. La clínica a la que están sometidas estas pacientes hace que la esfera biológica, psicológica y social se vea afectada favoreciendo el incremento de estrés. La sensibilidad inmune del estrés en la FM es inapropiada al encontrarse alterados el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y el sistema nervioso simpático, con un desequilibrio en la liberación de neurotransmisores como la serotonina, glutamato, encefalinas y mediadores proinflamatorios<sup>(24)</sup>. Según los estudios de Demitrack en la FM aparece una deficiencia de glucocorticoides, la insulina está elevada, la ACTH basal aumentada, la CRHpm está alterada y el cortisol basal incrementado<sup>(25)</sup>. Las citoquinas desempeñan un papel importante en diversos procesos clínicos como fatiga, sueño, distrés y dolor. Las citoquinas relacionadas con las lesiones repetitivas pueden ser las responsables de la activación a largo plazo de la glía de la médula espinal y neuronas del asta dorsal, provocando una sensibilización central. Por tanto, la clínica más frecuente de la FM como dolor, rigidez o ansiedad podrían asociarse con señales de activación de respuesta inflamatoria del organismo<sup>(26)</sup>.

## FIBROMIALGIA. ¿ANSIEDAD O DEPRESIÓN?

Los tratamientos utilizados en la FM van dirigidos a mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes<sup>(27)</sup>. Entre las posibles terapias a utilizar encontramos las técnicas de relajación con una aplicación del 85% y una valoración positiva hacia éstas por parte de los pacientes del 75%<sup>(28)</sup>. Las técnicas de relajación reducen la estimulación vegetativa y los síntomas provocados por el estrés, a la vez que aumenta la motivación<sup>(29)</sup> de las pacientes a proseguir con el tratamiento<sup>(30)</sup>, y a empezar o retomar ciertas actividades familiares, laborales o sociales.

El objetivo de este estudio es valorar cuantitativamente la incidencia de ansiedad y/o depresión en pacientes diagnosticadas de fibromialgia; así como determinar la posible mejoría con la aplicación de técnicas de relajación, mediante visualizaciones durante un periodo de tres meses.

### **Metodología:**

Para llevar a cabo el estudio se ha seleccionado una muestra de 20 mujeres diagnosticadas de fibromialgia con edades comprendidas entre 50 y 69 años. Todas las mujeres debían tener la menopausia, y no podían presentar pluripatología.

El registro de valoración seleccionado para evaluar el índice de ansiedad y depresión ha sido la Escala de Goldberg (subescala para la ansiedad y subescala para la depresión). Dicho registro se pasó al inicio y final del tratamiento para comparar puntuaciones, centrándonos en la T de Student con  $p < 0,05$  para valorar el nivel de significación.

El tratamiento se ha llevado a cabo durante 3 meses con 3 sesiones semanales de 20 minutos de duración. La técnica de relajación seleccionada ha sido "visualizaciones de imágenes positivas". En las tres primeras sesiones el trabajo de relajación se centró en el control de la respiración para conseguir una correcta respiración, permitiendo así oxigenar el organismo evitando un gasto energético excesivo, reduciendo el riesgo a sufrir malestar<sup>(30)</sup>; a partir de la cuarta sesión la técnica se centró en la visualización, sin olvidar nunca el control respiratorio. Antes de cada visualización se dedicó 5 minutos a explicar la imagen a trabajar. Cada representación se apoya en imágenes positivas que aporten tranquilidad, seguridad y bienestar. Durante la sesión la paciente debe fijar la mente en la imagen observando el máximo número de detalles, formas, colores, e incluso debe ser capaz de reconocer el olor y sonidos que la acompañan, para poder integrarse en la visualización.

### **Resultados:**

De las 20 mujeres con una media de 52,4 años encontramos que, 4 presentaron sólo ansiedad, 4 depresión y 9 ambos síntomas. No habiendo diferencias significativas sobre la mayor prevalencia de ansiedad o depresión ( $p=0,189$ ).

Al finalizar la terapia observamos disminución de los niveles de ansiedad y depresión. 2 mujeres presentan ansiedad y 2 depresión, continuando 4 con ambos síntomas. En este caso tampoco hay diferencias significativas entre depresión y/o ansiedad ( $p=0,483$ ).

La media aritmética de la ansiedad del tratamiento fue de 5,15 con una desviación estándar de 2,7 y

## FIBROMIALGIA. ¿ANSIEDAD O DEPRESIÓN?

después de éste la media fue de 3 con una desviación estándar de 2,4; para la depresión los valores obtenidos han sido una media de 4,05 y 2,45 para inicio y final de tratamiento respectivamente, con una desviación estándar de 2,6 y 2,2, para el pre y postratamiento.

Al calcular la T de Student para un nivel de significación de  $p < 0,05$ , tanto para la ansiedad como depresión comparando inicio y final de tratamiento, obtenemos  $p_{\text{ansiedad}} = 0,016$  y  $p_{\text{depresión}} = 0,03$ .

### Conclusión:

Tras observar los resultados de  $N=20$  podemos decir que sólo el 11% de la muestra no presenta los síntomas a estudio. La mayor parte de las pacientes<sup>(31)(32)</sup> afectas de FM tienen síntomas de ansiedad (21%) o depresión (21%), y un porcentaje mayor el 47% una combinación de ambas. Los niveles de significación obtenidos no demuestran que haya una mayor prevalencia de ansiedad o depresión, sino que ambas se dan por igual.

Al obtener una  $p_{\text{ansiedad}} = 0,016$  y  $p_{\text{depresión}} = 0,03$  podemos concluir que la técnica de visualización es una excelente herramienta<sup>(32)</sup> para la mejora de la ansiedad y depresión en la FM, teniendo una mejor respuesta en la ansiedad  $p_{\text{ansiedad}} 0,016 < p_{\text{depresión}} 0,03$ .

Determinadas técnicas de relajación, según Lüders de la Universidad de California, inciden sobre el hipocampo derecho, corteza órbita-frontal derecha, tálamo derecho, y lóbulo temporal inferior izquierdo, zonas directamente implicadas en el proceso de las emociones<sup>(33)(34)(35)</sup>. Además la regularización del eje HPA favorece el control de liberación de cortisol, serotonina, encefalinas y endorfinas, influyendo positivamente en el control de la ansiedad y depresión.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carbonell-Abelló, J. Fibromialgia. Med Clin (Barc). 2005;125:778-9.
- (2) Ayats, M; Martín, MJ; Soler, PA. Fibromialgia y estilo de funcionamiento. Psiquiatría Biológica,13(6).
- (3) Wolfe F. Fibromyalgia. Rheum Dis Clin North Am. 1990; 16:681-98.
- (4) Rivera, J, Alegre, C; Ballina, FJ; Carbonell, J; Carmona, L; Castell, B; Collado, A; Esteve, JJ; Martínez, FG; Tornero, J; Vallejo, MA; Vidal, J. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia . Reum Clin. 2006;2 (1).
- (5) Geisser ME, Strader Donnell C, Petzke F, Gracely RH, Clauw DJ, Williams DA. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. Psychosomatics. 2008;49:235-42
- (6) García-Bardona, F; Castel-Bernal, B; Vidal-Fuentes, J. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. Reumatología Clínica Vol.2 Núm. Extra.
- (7) Orellana C, Gratacós J, Galisteo C, Larrosa M. Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. Curr Rheumatol Rep. 2009; 11(6):437-42.
- (8) Glass JM, Park DC. Cognitive dysfunction in fibromyalgia. Curr Rheumatol Rep, 2001;3:123-7.
- (9) Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. Am J Med Sci 1998;315:36776
- (10) International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. WHO, 1992.
- (11) Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: International Association for Study of Pain (IASP Press), 1994
- (12) Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Rev Esp Reumatol. 2000;27:157.

## FIBROMIALGIA. ¿ANSIEDAD O DEPRESIÓN?

- (13) Rosas, MR. Fibromialgia. OFFARM 2006, 25(3).
- (14) Hasset AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The roles of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2000;43:11.
- (15) Milena, A; Vinaccia, S; Quiceno, JM; Martinez, K; Yépez, M; Echevarria, C; Contreras, F; Pineda, R. Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud.* 2006; 16(2):129-138
- (16) Martínez, E; González,O; Crespo, JM;. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global.* 2003; 4:2-7
- (17) Meeus M, Nijs J. Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol.* 2007;26:465-73
- (18) Martínez-Lavín M. Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8:385-9.
- (19) Gómez-Argüelles, JM; Anciones,B. Prevalencia de síntomas neurológicos. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2009;16(4)
- (20) Pérez-Pareja, J; Borrás, C; Palmer, A; Sesé, A; Molina, F; Gonzalvo, J. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema* 2004; 16(3):415-420
- (21) Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999;40:5763.
- (22) Gonzalvo, J; Palmer, A; Molina, F; Pérez, FJ; Borrás, C; Sesé, A. Fibromialgia y emociones negativas . *Psicothema.* 2004; 16(3):415-420.
- (23) Cuatrecasas, G. Estrés y dolor crónico: una prespectiva endocrinológica. *Reumatol Clin.*2009;5.
- (24) Smith NL. Serotonin mechanisms in pain and functional syndromes: management implications in comorbid fibromyalgia, headache, and irritable bowel syndrome - case study and discussion. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2004;18:31-45.
- (25) Demitrack Marck. Chronic fatigue syndrome and Fibromyalgia. *Psych Cin North Am* 1998; 21(3): 671-692.
- (26) Gur, A; Oktayoglu,P. Situación de mediadores inmunológicos en la fibromialgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2008; 12(3):175-81.
- (27) Rivera, C; Alegre, MB; Nishishinya, CA; Pereda, C. Evidencias terapéuticas en fibromialgia *Reumatología Clínica* 2006; Vol.2 Núm. Extra.
- (28) Salgueiro, M; Buesa, I; Aira, Z; Montoya,O; Bilbao, J; Azkue, JJ. Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor* 2009; 16:323-329
- (29) van-der Hofsladt,CJ; Quiles, MJ. Dolor crónico: intervención terapéutica de la psicología. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8:503-510.
- (30) Rivera, J. Controversia en el diagnóstico de fibromialgia. *Revista Española de Reumatología* 31 (9).
- (31) Bennett RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis Rheum.* 1996;39:1627-34
- (32) Labrador, FJ. El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid: Ed. Temas. Grupo Correo de comunicación, 1992.
- (33) Epstein, SA; Kay, G; Clauw, D; heaton, R; Klein, D; Krupp,L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999;40:5763.
- (34) Wood, PB; Ledbetter, CR; Patterson, JC. Changes in hippocampal metabolites after effective treatment for fibromyalgia: a case study. *Clin J Pain* 2009; 25(9):810-4
- (35) Harris, RE; Sundgren, PC; Craig, AD; Kirshebaum, E; Sen, A; Napadow, V; Clauw, DJ. Elevated insular glutamate in fibromyalgia is associated with experimental. *Arthritis Rheum.* 2009; 60(10):3146-52.
- (36) Montoya, P; Sitges, C; García-Herrera, M; Izquierdo, R; Truyols, M; Collado,D . Consideraciones acerca de las alteraciones de la actividad cerebral en pacientes con fibromialgia. *Reumatología Clínica* 2006; 2 (5).
- (37) Tommaso, M; Sardano, M; Serpino, C; Costantini, F; Vecchio, E; Prudenzano, MP; Lamberti, P; Livrea,P. Fibromyalgia comorbidity in primary headaches. *Cephalalgia* 2009;29(4):453-64.
- (38) Bonadonna R. Meditation's impact on chronic illness. *Holist Nurs Pract.* 2003 Nov-Dec;17(6):309-19.
- (39) Menzies V, Kim S. Relaxatation and guided imagery in hispanic persons diagnosed with fibromyalgia. *Fam Community Health.* 2008 Jul-Sep;31(3):204-12.