



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final

Depresión en pacientes con fibromialgia de entre 33 y 65 años que
acuden a encuentros en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Alumna: Cabrera, Mariela

N° de Legajo: 14165

Fecha presentación del Trabajo: 26/09/2016

Resumen

El objetivo del presente trabajo de investigación consistió en conocer la depresión en pacientes diagnosticados de fibromialgia, de entre 33 y 65 años de edad, que acuden a encuentros en una Facultad de la Universidad de Buenos Aires en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, no experimental. La muestra quedó conformada por 30 pacientes de ambos sexos a quienes se les administró una medida de autoinforme compuesta por el Inventario de Depresión de Beck. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico incidental.

Se encontró que en su mayoría los participantes poseían algún nivel de depresión. Se observó que los síntomas más frecuentes en dicha población son los trastornos del sueño y el cansancio, y que los mismos se encuentran medicados.

Palabras clave: Depresión, Fibromialgia, Inventario de Depresión de Beck.

Índice

1. Marco Teórico	4
2. Antecedentes.....	13
3. Planteo del Problema	17
4. Objetivos.....	18
5. Método.....	19
5.1. Diseño	19
5.2. Participantes	19
5.3. Técnicas de recolección de datos.....	19
5.4. Procedimiento.....	20
6. Resultados.....	21
7. Discusión	29
8. Conclusión.....	32
9. Referencias	33
10. Anexos.....	36

1. Marco teórico

Historia de la Fibromialgia

En el siglo XIX se comenzó a definir como un tipo de reumatismo, reumatismo muscular o de partes blandas, siendo su principal característica la presencia de áreas de dolor y rigidez localizadas en músculos y tejidos blandos. En esa época médicos alemanes la entendían como una enfermedad que producía en el músculo nódulos o zonas de endurecimiento. En cambio, los médicos ingleses consideraban el reumatismo muscular como un proceso que afectaba al tejido conectivo (inserciones musculares, ligamentos, etc.) más que al músculo en sí.

En 1815, en la Universidad de Edimburgo, William Balfour describió nódulos en el “músculo reumático”, atribuyéndolo a un proceso inflamatorio del tejido conectivo, y por otro lado, Froriep en 1843 identificó la existencia de unos espacios «duros» en los músculos de la mayoría de los pacientes con reumatismo de partes blandas y que eran dolorosos a la presión (Fernández Delgado, et. al., 2000).

En 1904, William Gowers incorpora el término fibrositis para esta enfermedad, donde su denominación llevaba implícito, como causa de la misma, un proceso inflamatorio. En ese mismo año, Ralph Stockman, de la Universidad de Glasgow, examinó a través de microscopios los nódulos dolorosos y aceptó dichos nódulos como inflamatorios: «hiperplasia inflamatoria del tejido conectivo». Durante muchos años se ha considerado la inflamación como la causa de este tipo de reumatismo debido a la falta de otros estudios que lo validaran o refutaran.

A finales de los años treinta y cuarenta aparecen otros conceptos asociados con el síndrome de Fibromialgia: el síndrome miofascial y el reumatismo psicógeno. El síndrome doloroso miofascial fue introducido por Steindler (Steindler, 1938), quien mencionaba la existencia de los puntos dolorosos característicos de la fibromialgia. Años más tarde, en 1952, Travell J. G. terminaría de describir clínicamente el cuadro de dolor miofascial. En 1945, Kelly y colaboradores (Herch, 1989), intentaron explicar las características de la fibrositis, emitiendo su teoría refleja. Según dicha teoría, los impulsos generados en la

lesión tisular viajarían al sistema nervioso central, donde tendrían conexiones directas con otras células. Los impulsos desde estas células viajarían antidrómicamente y producirían dolor en el punto miálgico. Estos puntos miálgicos producirían a su vez impulsos que viajarían a áreas de dolor referido. Kelly creía que una excitabilidad aumentada del sistema nervioso central, producida por estrés o enfermedad, facilitaba el desarrollo de la enfermedad (López Espino y Mingote Adán, 2008).

En 1990 el American Rheumatology College describió los criterios diagnósticos necesarios para dicha enfermedad (Asociación de Fibromialgia, SFC y SQM de Melilla, España).

En el año 1992 fue reconocida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una nueva entidad clínica, denominado "síndrome de fibromialgia", que fue sumada a la clasificación internacional de enfermedades. Quedó definida como "aquella alteración o interrupción de la estructura o función de una parte del cuerpo, con síntomas y signos característicos y cuya etiología, patogenia y pronóstico pueden ser conocidos o no". Estas condiciones se dan en la fibromialgia que presenta signos y síntomas típicos con una etiopatogenia multifactorial en la que se combinan factores genéticos y epigenéticos que condicionan una alteración persistente del sistema de autorregulación y control del dolor y del estrés en el Sistema Nervioso Central (López Espino y Mingote Adán, 2008).

Conceptualización del síndrome

El síndrome de fibromialgia consiste en dolor musculoesquelético crónico. El examen físico es negativo, excepto cuando se evalúan los denominados puntos dolorosos, que son áreas anatómicas específicas y predecibles, sensibles a la palpación y de gran utilidad en establecer el diagnóstico. Dicha entidad en la práctica clínica representa que afecta alrededor de 1% a 3% de la población mundial (Moreno, et. al., 2010).

La fibromialgia se confunde con otras enfermedades porque la mayoría de sus síntomas son comunes a otras alteraciones sin una causa orgánica comprobable. Frecuentemente se da que antes de que se llegue al diagnóstico definitivo se haya acudido a

numerosos médicos de diversas especialidades (digestivo, corazón, psiquiatría). Muchos pacientes pueden estar disgustados porque los médicos no consideren que esta entidad sea una verdadera enfermedad médica. Incluso los mismos familiares acaban dudando de la realidad de las molestias que el enfermo refiere, debido a que el médico les cuenta que "los análisis y las radiografías son normales, consulte con un psiquiatra", siendo de vital importancia el apoyo familiar, para hacer un afrontamiento positivo de la misma (López Espino y Mingote Adán, 2008).

En fibromialgia son frecuentes las alteraciones del patrón normal del sueño y los pacientes generalmente lo describen como insomnio inicial o terminal, intranquilidad nocturna, sueño interrumpido o sueño no reparador, los mismos que se asocian con fatiga y cansancio matinal. Estos síntomas afectan la vida personal y laboral de las personas afectadas, asociados a la naturaleza crónica del síndrome; y está reconocido que esta entidad representa una causa importante de ausencia laboral y discapacidad a nivel mundial (Moreno, et. al., 2010).

El diagnóstico de fibromialgia se establece sobre bases clínicas y no ofrece mayor dificultad si se utilizan los criterios diagnósticos planteados por el American Rheumatology College, según los cuales se estima que el paciente presente dolor musculoesquelético generalizado con al menos 11 de 18 probables puntos dolorosos (Moreno, et. al., 2010).

El síntoma más importante que se presenta en la fibromialgia es el dolor. La persona que busca la ayuda del médico suele decir "me duele todo". El dolor es difuso, afectando una gran parte del cuerpo. En algunas ocasiones el dolor comienza de forma generalizada, y en otras en un área determinada como pueden ser el cuello, el hombro, la columna, etc. y desde ahí se ha extendido. Quienes lo padecen describen este dolor como quemazón, molestia o desazón. Algunas veces pueden presentarse espasmos musculares. Los síntomas varían en relación con la hora del día, los cambios climáticos, el nivel de actividad, la falta de sueño o el estrés. Con frecuencia, el dolor y rigidez empeoran por la mañana y pueden doler más los músculos que se utilizan de forma repetitiva. La fibromialgia puede provocar rigidez generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de hinchazón mal

delimitada en manos y pies. También pueden sentirse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa sobre todo a las manos (López Espino y Mingote Adán, 2008).

Se estima que en los servicios de atención médica general y familiar la prevalencia de esta entidad se encuentra entre 5% y 6% del total de pacientes que acuden a consulta; y, en consultorios especializados, la prevalencia varía entre 10% y 20% del total de pacientes (Moreno, et. al., 2010).

Bases neurobiológicas

En el sistema nervioso de personas con fibromialgia se han detectado alteraciones neurobiológicas como: niveles bajos de sustancias importantes en la regulación del dolor, en especial la serotonina, que es un neurotransmisor importante en la regulación cerebral del dolor, sueño y humor. También podría estar alterado el L-tryptófano (precursor sanguíneo de la serotonina cerebral), el cual se encuentra disminuido, así como también se detectaron alteraciones en los puntos dolorosos: la biopsia de los dichos puntos, no revelan anomalías histológicas, aunque algunos autores refieren pequeñas diferencias al compararlas con la población control como: Bennett (1989): menor flujo sanguíneo y una disminución del metabolismo del fosfato de alta energía en esas áreas. (Simms, Goldenberg, Felson, et. al., 1988) y otros: Depósitos de inmunocomplejos dermoepidérmicos apareciendo positividad a títulos bajos para los ANA, C3, IL-2, anormal actividad de los linfocitos NK, y depósito granular fino de la Ig G (similar al lupus). Awad (1973) plantea que en los puntos dolorosos se observa un incremento del depósito amorfo intracelular con abundantes mastocitos plaquetas y miofilamentos intracelulares gigantes (López Espino y Mingote Adán, 2008).

La base fisiopatológica de este síndrome es la hiperactivación de los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA), y la sustancia P en el asta dorsal de la médula espinal. El sinergismo entre la sustancia P y los receptores NMDA desempeña un papel fundamental en la perpetuación de la hiperalgesia secundaria de origen central. La fibromialgia es más que un dolor muscular, es un tipo de dolor neuropático general. Los rasgos

multidimensionales de la fibromialgia pueden ser explicados por una respuesta patológica de los mecanismos de adaptación al estrés crónico y al dolor.

Tanto la sensibilidad nociceptiva como la analgésica están determinadas genéticamente y condicionan vulnerabilidades funcionales de los sistemas opioide, serotoninérgico y de las catecolaminas cerebrales, entre otros. Las pacientes con este síndrome muestran una sensibilización anormal al dolor a través del sistema glutamato/aspartato y sustancia P que disminuyen el umbral al dolor y median en la producción de alodinia (respuesta de dolor a estímulos inocuos) hiperalgesia (respuesta nociceptiva intensa a estímulos dolorosos) y dolor espontáneo, de mayor intensidad en las mujeres que en los hombres (López Espino y Mingote Adán, 2008).

Farmacología

En general los pacientes tienen múltiples síntomas, no hay un solo fármaco que en las pruebas clínicas pueda tratar la fibromialgia exitosamente en más del 50% de los casos, es por esto que a muchos pacientes hay que tratarlos con varios fármacos a la vez (Russell Rothenberg, 2010).

Antidepresivos: Tricíclicos (TCA): Dosis bajas al acostarse de amitriptilina y doxepina han surtido efecto en el tratamiento. Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (SSRI): Solo 40-80 mg. de fluoxetina se han mostrado eficaces en estudios limitados. Los demás SSRI son eficaces para tratar la ansiedad y la depresión, pero no lo son para tratar el dolor. Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina-Norepinefrina (SNRI): Duloxetina y milnacipran ya son aprobadas por la FDA (Administración de drogas y alimentación) para el manejo de la fibromialgia. En las pruebas clínicas, ambas drogas parecen ser muy eficaces en el 30% de los pacientes y parcialmente eficaces en el 50% de los pacientes.

Anti epilépticos: Inhibidores del Conducto de Calcio, estas drogas bloquean la liberación de los neurotransmisores de la Sustancia P y el Glutamato en las fibras nerviosas hiperestimuladas. Pregabalina se encuentra aprobada por la FDA para el manejo de la fibromialgia. Gabapentina se usa comúnmente en el tratamiento de la fibromialgia y del

dolor neuropático. La FDA lo indica para el tratamiento del dolor neuropático de herpes zoster y se mostró eficaz para el tratamiento de la fibromialgia en una prueba clínica patrocinada por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH).

Opioides: Atípicos: Tramadol, Tramadol con Acetaminofen y Tramadol de Liberación Prolongada son opioides débiles, pero no se consideran sustancias controladas. Son aprobadas por la FDA para el tratamiento de dolor moderado hasta grave. Opioides de larga duración: El parche de fentanil y la morfina de liberación escalonada se han mostrado eficaces para uso a largo plazo en el tratamiento del dolor lumbodorsal y del dolor de la osteoartritis, pero su uso debe limitarse solo al dolor más grave debido a la posibilidad de adicción y posibles efectos secundarios adversos. Opioides de breve duración: Hidrocodona, oxicodona, empleadas en combinación con acetaminofen o ibuprofen, son analgésicos excelentes de duración breve para el tratamiento del dolor periférico y del sistema nervioso central.

Relajantes musculares: se usan frecuentemente tanto para el dolor crónico como para brotes de dolor agudo. La ciclobenzaprina surte efecto debido a sus propiedades como relajante muscular y como antidepresiva tricíclica, y muchas veces se emplea para ayudar a que los pacientes consigan el sueño. Actualmente, hay una forma de ciclobenzaprina de liberación escalonada de 24 horas, para usar durante el día ya que tiene menos efectos sedativos que la ciclobenzaprina.

Sedantes hipnóticos: Non-Benzodiazepinas: Zolpidem se ha mostrado eficaz para tratar los trastornos del sueño y el agotamiento. Benzodiazepinas: Alprazolam se ha mostrado eficaz para el tratamiento de la fibromialgia (Russell Rothenberg, 2010).

Depresión asociada a Fibromialgia

Distintos estudios han demostrado que los síntomas psicológicos, y particularmente la depresión, se da de forma frecuente en fibromialgia; a veces en algunos pacientes suele representar un problema mayor. (Moreno, et. al., 2010).

La depresión es un trastorno mental, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de culpa o falta

de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se necesitan medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2012).

La depresión a lo largo del tiempo ha sido denominada con tres nombres, melancolía, acedia y depresión, que significaban una misma realidad: el abatimiento, la distonía, la postración, el hundimiento, el descenso a la oscuridad vital y a la muerte. Melancolía corresponde a un desequilibrio humoral de acuerdo con la descripción de los humores de Hipócrates. Acedia se utilizó posterior a la invasión bárbara, la definían como un síndrome de tristeza y dejadez, de angustia y pereza, de inhibición y apatía. En cambio depresión es a partir de la obra de R. Burton cuando comienza la nueva concepción “nerviosa” o “mental” de esta novedosa terminología (Aguirre Baztán, 2008).

El desequilibrio que caracteriza a las depresiones puede ser consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente. Ningún abordaje clínico o terapéutico por si solo puede afrontar eficazmente la depresión. Si se reduce todo al psicoanálisis de los trastornos del humor, se pondrá el acento sobre los conflictos psíquicos y la patología subyacente a los síntomas. Mientras que si dejamos solo lo biológico servirá para desmentir la dimensión social y subjetiva del problema. La psiquiatría tradicional elabora criterios estandarizados para la descripción de síndromes, de conformidad con una perspectiva esencialmente nosográfica. Las categorías constituyen entidades con diferencias cualitativas en las que se agrupan los pacientes. Es por esto que podemos decir que la clasificación del DSM-IV no tiene en cuenta la singularidad del paciente, ni el sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica particular (Bogaert García, 2012).

De acuerdo a lo que plantea Aguirre Baztan (2008) es preciso agrupar los síntomas que constituyen el síndrome depresivo para facilitar la construcción del diagnóstico, así

como una didáctica analítica de los rasgos interiores del hecho depresivo. El “humor depresivo” ese “humor que ve todo negro”, a la “desvinculación” con el mundo, al “desapego a la vida” sin proyectos de futuro, sin posibilidad de gozar de la vida; por el contrario, se siente bajo de autoestima, tiene ideas de ruina respecto al mundo exterior y, sobre todo, siente culpa, lo que puede llevarle al suicidio.

La anergia, esta falta de energía vital comienza con apatía, desmotivación, aburrimiento, alejamiento e inhibición; le siguen amnesias anestésicas, insensibilidad y astenia, rigidez e inmovilismo. No son extraños, en este estado de anergia depresiva, la falta de deseo sexual, la desmotivación laboral, la inapetencia alimentaria, etc.

La discomunicación, se habla de un descenso de la comunicación en todas sus manifestaciones. El depresivo emite poca comunicación personal (pocas palabras, mirada perdida y facies depresiva, gestos aversivos y hostiles, etc.) y se expresa sobre todo a través de los síntomas (humor depresivo, anergia, llanto, quejas, etc.) pero se inhibe del mundo que le rodea por lo que tampoco admite suficiente comunicación exterior (incapacidad de sintonizar, empobrecimiento en la recepción de mensajes, introversión, etc.).

La ritmopatía, es decir los trastornos en el ritmo circadiano (sueño roto, alteración de los horarios alimentarios, mañanas inhibidas y mejora por las tardes, etc.) de los ritmos estacionales (mayor incidencia depresiva en otoño y primavera), la especial percepción del tiempo en el depresivo (mayor interés por el pasado, aislamiento de la realidad presente y negación del futuro), el enlentecimiento anérgico del “pasar las horas” (de la “lenta duración de la actividad”, etc.).

Esto es de vital importancia debido a que uno de los trastornos más importantes del depresivo lo constituyen las modificaciones de los tiempos del sueño y la vigilia. El depresivo suele tener un insomnio tardío (se acuesta y duerme tarde), sueño fragmentado y con frecuentes pesadillas, pocas horas de sueño y sentimiento de no haber descansado. Tras un despertar precoz, queda postrado en la cama con ausencia de luz (persianas bajadas) hasta, más o menos, al mediodía, por la tarde, suelen experimentar una cierta mejoría. Son escasos los depresivos con hipersomnia y empeoramiento por las tardes. La ritmopatía

puede verse acrecentada por los cambios de turnos laborales (turnos de día y de noche), por los vuelos transmeridianos (de este a oeste y viceversa). También son considerables los cambios de ritmo, no solo transmeridianos, sino de latitud (de Norte a Sur y viceversa), las horas de luz y sol, los efectos de la temperatura ambiental, etc. (Aguirre Baztan, 2008).

Las depresiones pueden ser unipolares y bipolares. Las primeras se manifiestan como episodios disfóricos o como episodios maníacos; las depresiones bipolares alternan los episodios maníacos con los episodios disfóricos. No está demostrado que las depresiones bipolares sean endógenas, mientras que a todas las demás se las considera unipolares. La duración media de las depresiones es de menos de seis meses, siendo en el 70% de los casos inferior a cuatro meses. El riesgo de suicidio se concentra en los comienzos de la depresión y en las semanas siguientes al alta terapéutica, así como en las depresiones secundarias (ingesta de neurolépticos, drogadicción, alcoholismo, sensación de fracaso, etc.). Las depresiones se cronifican cuando se obtiene un beneficio primario, cuando hay una resistencia a los antidepresivos (resistencia objetiva y subjetiva). La cronicidad alcanza al 20% de los depresivos (Aguirre Baztan, 2008).

Desde el punto de vista bioquímico, la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos, por alguna razón, no pueden ligarse con los receptores (Bogaert García, 2012).

Desde la perspectiva de la psicofarmacología, se busca aumentar los niveles de serotonina en el cerebro con el fin de desencadenar un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor. Horstein (2006) refiere que algunos efectos de los psicofármacos son positivos, pero estos deben ser potenciados por la psicoterapia. La psicoterapia de los trastornos depresivos adquiere especial relevancia si tenemos en cuenta que el 50% de los pacientes no responde a la psicofarmacología, y otros no son susceptibles de tratamiento farmacológico por diversas razones (Bogaert García, 2012).

2. Antecedentes

Existen numerosos estudios en los que se evalúa la depresión en pacientes con fibromialgia. Por ejemplo, el que se realizó entre febrero a octubre del año 2009 en el Servicio de Reumatología del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, Lima, Perú. El mismo fue de tipo observacional y de diseño transversal. Todos los pacientes que ingresaron a este estudio cumplían los criterios diagnósticos para fibromialgia vigentes del ACR (American Rheumatology College).

Una vez establecido el diagnóstico de fibromialgia, tres evaluadores realizaron una entrevista clínica utilizando la escala de Hamilton para la depresión (HDRS). La HDRS es un instrumento de tipo escala y calificada por el observador. Su contenido se centra particularmente en los aspectos somáticos y de comportamiento de la depresión; también valora los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad. Se evaluó un total de 55 pacientes con diagnóstico reciente de fibromialgia y que no habían recibido tratamiento previo para esta entidad. En relación al género, 44 pacientes fueron de sexo femenino (80%) y 11 de sexo masculino (20%); la edad media del grupo estudiado fue $54,9 \pm 14$ años, la edad menor fue 22 años y la mayor 74 años.

Se encontró que 9% de los pacientes tenía al momento del diagnóstico síntomas compatibles con ánimo depresivo severo y cerca a 31 %, síntomas compatibles con ánimo depresivo moderado. Contrariamente, en más de 60% de los pacientes evaluados no encontramos síntomas de ánimo depresivo o estos síntomas de ánimo depresivo fueron leves. Estos hallazgos son compatibles con comunicaciones recientes en las cuales se señala que cerca de 30% de pacientes con fibromialgia presenta síntomas compatibles con depresión severa o moderada, pero menos frecuentemente se puede encontrar un desorden depresivo mayor (Moreno, et. al., 2010).

En Florianópolis, Brasil, se realizó un estudio en el que intervinieron dos instituciones públicas y seis privadas que fueron elegidas para llevar a cabo la recolección. De las instituciones públicas fueron la Clínica de Reumatología de la División de Asistencia Médica del Departamento de Salud del Hospital Universitario y la Clínica de Reumatología. Para la representación de los pacientes del sector privado, se seleccionaron seis oficinas de reumatología de la ciudad. Se establecieron los criterios de diagnóstico basado en las características clínicas del síndrome (dolor generalizado que persiste durante

al menos tres meses, fatiga, sueño de mala calidad, la presencia de puntos sensibles) y la exclusión de otras enfermedades reumáticas y endocrinas mediante pruebas clínicas y de laboratorio. A través de las historias clínicas de los pacientes se recogieron variables sociodemográficas, como el género, la edad, la ocupación y la educación; y las variables clínicas, como la duración de la sintomatología, el diagnóstico y el tiempo de tratamiento.

Para medir la prevalencia de la depresión se utilizó una versión corta, con 28 ítems de El Cuestionario de Salud General (GHQ-28), un instrumento de rastreo para detectar trastornos psiquiátricos. Este instrumento puede identificar cuatro formas de disfunción, la depresión, la ansiedad, la hipocondría y la incompatibilidad social. El punto de corte para la detección de algún problema mental para esta versión es 5. Además de esta valoración global, el GHQ-28 proporciona puntuaciones para cada una de sus escalas, lo que permite la identificación del tipo de la disfunción emocional encontrado. Un estudio de validación del cuestionario encontró que las puntuaciones de puntos de corte más fiables para la depresión son 1, 2 y 3.

Se pudo observar, en cuanto al género, que el 98% de los pacientes eran mujeres y el 2% eran hombres. Más del 60% de ellos tenían entre 40 y 55 años, el 41,5% asistió a la escuela primaria y el 48,5% eran amas de casa o trabajaban en servicios domésticos. Se encontró que aproximadamente dos tercios de la muestra mostraron algún grado de depresión. (Caíres Berber; Kupek; Souza Santos Berber, 2004).

Otro estudio de interés es el del Instituto Nacional de Reumatología, perteneciente al Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre durante los meses de mayo y junio de 1999. Los mismos cumplían con los siguientes criterios: Diagnosticados como Fibromialgia o Artritis Reumatoide según las normas del Colegio Americano de Reumatología. Edad comprendida entre 20 y 60 años. Consentimiento verbal para participar en el estudio. Ausencia de trastornos invalidantes en la comunicación. No presentar retraso mental, ni otra patología orgánica o mental asociada. Para la realización del presente estudio, se coordinó con el Instituto Nacional de Reumatología, previa información acerca de los propósitos de la investigación, lo cual permitió la recogida de los datos necesarios a través de la aplicación de los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de A. Beck, el cual fue elaborado por Aaron T. Beck (1979), exponente de la Teoría Cognitivo Conductual de la depresión. Constituye el inventario más utilizado para evaluar el estado de ánimo

depresivo y la presencia de sintomatología depresiva en poblaciones clínicas y normales. De las escalas de depresión, es una de las que cuenta con menos reactivos para evaluar síntomas somáticos, por lo que puede emplearse en pacientes médicamente enfermos. Grau J., Martín y col. han empleado esta prueba en sus estudios de la depresión, las enfermedades crónicas y el dolor. Consideraron que el BDI es una prueba con excelentes propiedades psicométricas corroboradas en otras culturas; que permite discriminar los estados depresivos presentes en todo tipo de paciente. En este estudio se utilizó la versión al español de la prueba, traducida y adaptada por G. Bernal y col. y validada en Cuba por I. Lugo, I. Louro y H. Bayarre en 1996. Se estudió un total de 78 pacientes portadores del diagnóstico de fibromialgia o artritis reumatoide. El tiempo medio de padecimiento de los síntomas alcanzó un 10,49% con una variabilidad de 3,12. Este dato revela la considerable cronicidad del grupo estudiado. La población de estudio se distribuyó en 35 casos que responden al diagnóstico de fibromialgia para un 44,8% y 43 casos que representaron a los pacientes con artritis reumatoide para un 55,1%.

De los pacientes estudiados, el 44,9% evidencia un nivel de depresión severa, le sigue en orden descendente el 33,3% con depresión leve. Se observa que en la mayoría de los pacientes existe algún nivel de depresión, solo el 5,1% no presenta síntomas de este tipo. En cuanto a la variable fibromialgia, el 60% de los pacientes fibromiálgicos poseen un nivel de depresión severa, siendo este el nivel que predomina, sin embargo todos los pacientes presentan algún nivel de depresión (Alfonso; Carbonell, 2012).

El inventario de Depresión de Beck (BDI) es un instrumento ampliamente utilizado para la medida de la depresión en dolor crónico. Sin embargo, no existen estudios que analicen la estructura y adecuación del uso del BDI en estos pacientes. En este trabajo se han realizado análisis factoriales exploratorios y confirmatorios de los resultados del BDI en una muestra de 300 pacientes de fibromialgia. La estructura factorial exploratoria del BDI plantea tres factores que incluyen los síntomas cognitivos, afectivos y somáticos. Los análisis de ecuaciones estructurales realizados para confirmar el ajuste de los datos de esta muestra a los modelos recogidos en la literatura para el dolor crónico no han resultado significativos. Estos resultados parecen señalar que existen diferencias entre las manifestaciones depresivas de este tipo de pacientes y los de dolor crónico. Además, la peculiar estructura del BDI en esta muestra de pacientes parece indicar un solapamiento

entre algunos síntomas depresivos y los síntomas de bromialgia, que podría conducir a una sobreestimación de la ocurrencia de depresión, cuando esta se mide con el BDI, sesgo que debería ser valorado y modificado.

La muestra estuvo formada por un total de 300 pacientes de bromialgia clasificados según los criterios de la ACR (Wolfe et. al., 1990), y todos ellos pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de la Comunidad de Madrid (AFIBROM). La mayor parte de esta muestra eran mujeres (96,7%) frente a solo un 3,3% de hombres, cifras que están en consonancia con los datos sobre la prevalencia de la bromialgia en población española EPISER (Valverde, Juan, Rivas y Carmona, 2001), así como con aportados por Mas, Carmona, Valverde et. al. (2008), quienes cifran la proporción entre mujeres y hombres en aproximadamente 22:1. La media de edad era de 48,9 años (d.t.= 9,44); la duración media de la enfermedad era de 12,2 años (d.t.= 9,82), aunque el tiempo desde que habían sido diagnosticados era mucho menor, con una media de 4,6 años.

En este trabajo se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory - BDI), (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El uso de la versión de este inventario obedece al hecho de que es la versión más frecuentemente utilizada para valorar síntomas depresivos en los pacientes de bromialgia.

Se han obtenido niveles de gravedad de la muestra en depresión de acuerdo a los criterios de Beck, Steer y Garbin (1988). La mayor parte de los participantes tenía niveles leves (36%) o moderados (38%) de depresión. Solo un 13% de la muestra tendría un nivel normal de estado de ánimo y, a su vez, el mismo porcentaje de personas (13%) presentaba un nivel grave de depresión (Comeche Moreno, et. al., 2012).

3. Planteo del Problema

La depresión es el trastorno psicológico más frecuente en la fibromialgia, es por esto que se presenta una dificultad al interpretar las relaciones entre la depresión y el dolor crónico. Se realizaron varios estudios dirigidos a buscar la incidencia de depresión entre los pacientes con dolor, estos han mostrado rangos que van del 10% al 100% de los casos (Houvenagel, 1993).

También se ha buscado la incidencia de dolor entre los pacientes deprimidos. Sin embargo, no termina de quedar claro quién precede a quien.

Se ha encontrado que la prevalencia de depresión en pacientes con fibromialgia se encuentra entre 5% y 6% del total de pacientes que acuden a consulta; y, en consultorios especializados, la prevalencia oscila entre 10% y 20% del total de pacientes (Moreno, et. al., 2010).

La importancia de estudiar la depresión en pacientes con fibromialgia recae en que es un nuevo síndrome del cual muchos médicos desconocen. Así mismo se encontraron varias investigaciones en países como Perú, Brasil, Cuba, España, Estados Unidos, pero no se encontró en nuestro país ninguno que hable de esta problemática.

De esta manera, y con el fin de realizar una investigación viable, se cuenta con los recursos humanos, materiales y el acceso a la muestra.

4. Objetivos

Objetivo General:

- Conocer los niveles de depresión de los pacientes con fibromialgia que concurren a una facultad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos Específicos:

- Clasificar en qué niveles se presenta la depresión en el grupo.
- Analizar si se relacionan la depresión con el síndrome de fibromialgia.
- Conocer el porcentaje de personas con depresión en el grupo.

5. Método

5.1. Diseño

El diseño con el que trabajamos para el desarrollo de este estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental. Los diseños no experimentales se caracterizan por realizarse sin manipular variables, es decir que se observan las variables tal y como se dan en su contexto natural para luego analizarlas (Sampieri, et. al., 2010). Además el tipo de diseño fue transversal descriptivo, dado que los diseños trasversales permiten recolectar datos en un solo momento y los descriptivos permiten indagar la incidencia y los valores que se manifiestan en una variable.

5.2. Participantes

Formaron parte del estudio 30 pacientes, 28 mujeres de entre 33 y 65 años y 2 hombres de entre 45 y 49 años de CABA, Provincia de Buenos Aires, los cuales pertenecen a un grupo de pacientes con similar diagnóstico, que acuden mensualmente a charlas sobre los diferentes aspectos de la enfermedad. Fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico incidental.

En el muestreo aleatorio o probabilístico “todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra” (Sampieri et. al., 2010). En cambio, el muestreo no aleatorio o no probabilístico es aquel en donde “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra” (Sampieri et. al., 2010).

5.3. Técnicas de recolección de datos

Para evaluar los niveles de depresión en los participantes se empleó una medida de autoinforme compuesta por el Inventario de Depresión de Beck. La misma consta de 21 ítems, destinados a evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada uno de los ítems tiene cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor (de 0 a 3 puntos), de las que la persona debe elegir aquella que mejor describa la forma en que se ha sentido la pasada semana. El rango de puntuación del BDI oscila entre 0 y 63 puntos, siendo los puntos de corte según Beck et. al. (1988): 0-9 normal, 10-18 leve, 19-29 moderada y 30-63 grave.

Además se indagó por el sexo, edad, si trabaja actualmente, estudios alcanzados y si toma medicación.

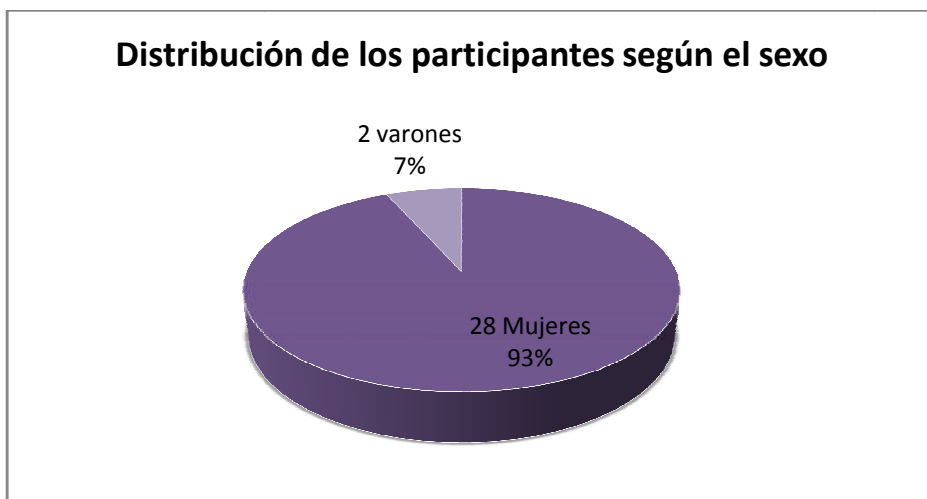
5.4. Procedimiento

Para cumplir con los objetivos de este trabajo nos pusimos en contacto con la coordinadora del grupo de pacientes. La evaluación se realizó en una facultad de la C.A.B.A durante el turno mañana.

Se le informó a los participantes cuál era el objetivo principal del estudio, además que era anónimo y voluntario. A la vez se dejó constancia de que la finalidad de la investigación respondía a aspectos académicos/científicos.

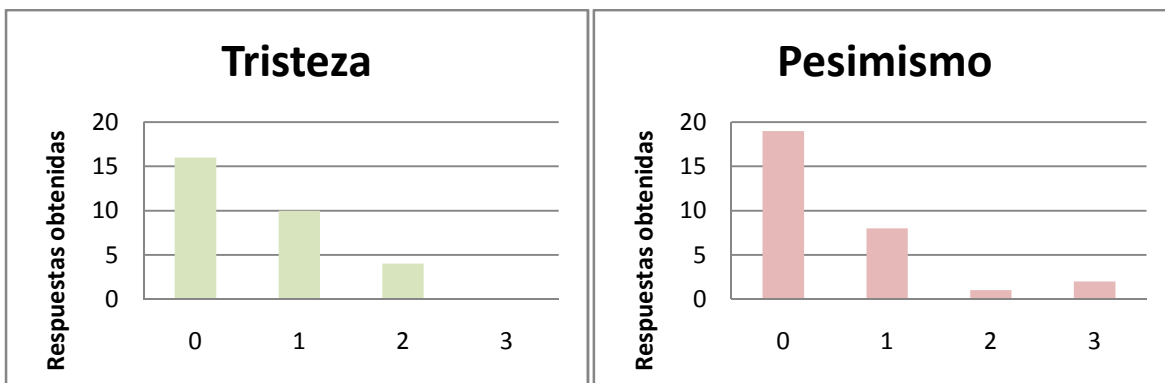
6. Resultados

La implementación del Inventario de depresión de Beck se aplicó en una muestra de 30 personas de ambos sexos cuya edad oscilaba entre 33 y 65 años durante el mes de septiembre de 2015. La muestra tenía una edad promedio de 47,2 años. El 7% de los participantes fueron varones y el 93% mujeres, datos representados a continuación:

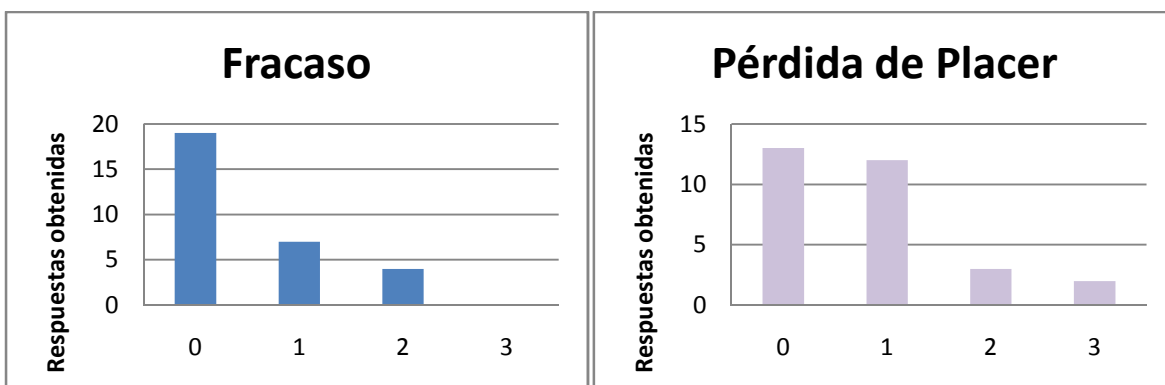


A continuación se presentarán 21 gráficos correspondientes a los ítems de dicha escala. Cada uno de los ítems tiene cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor (de 0 a 3 puntos), de las que las personas eligieron aquella que mejor describió la forma en que se sintieron la semana anterior a la administración de la escala.

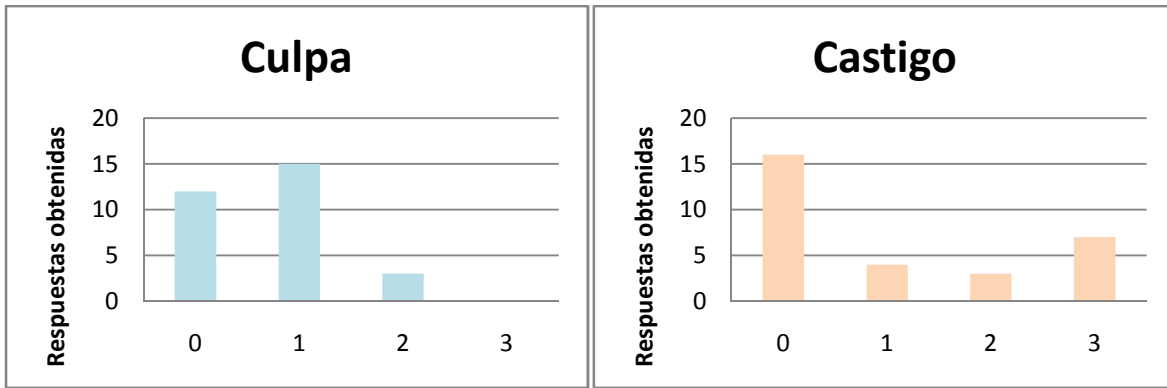
En los primeros dos ítems, se evalúa tristeza y pesimismo. Los participantes de dicha encuesta respondieron que el 53,3% no experimentaron tristeza, 33,3% sintieron tristeza y el 13,3% manifestaron sentirse tristes continuamente. En el caso del pesimismo, los participantes respondieron que el 63,3% no se sienten pesimistas frente al futuro, un 26,7% indicaron sentirse pesimistas frente al futuro y un 6,7% manifestaron que las cosas no mejorarán y sentir un futuro desesperanzador.



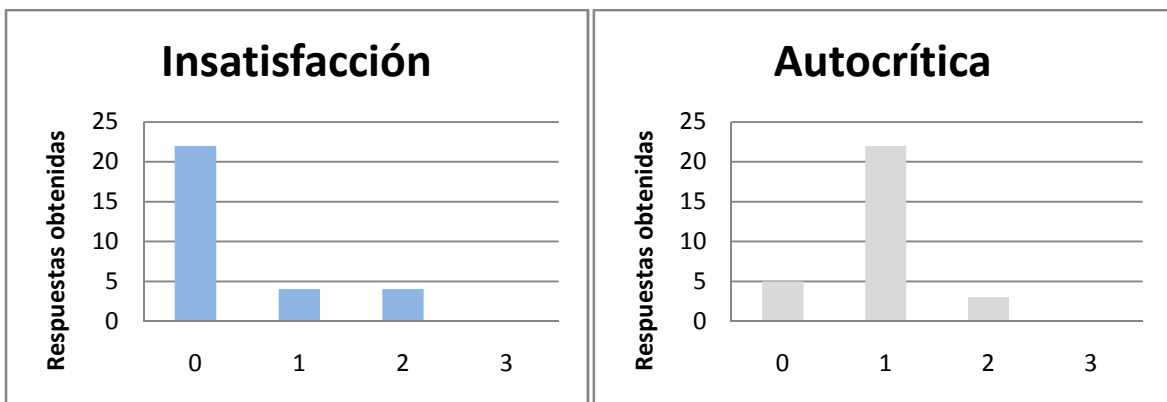
En el caso del fracaso, se encontró que un 63,3% refiere no sentirse fracasado, 23,3% indican creer que han fracasado más que la mayoría de la gente y un 13,3% solo ven fracaso tras fracaso en su pasado. Al hablar de la pérdida del placer encontramos que 43,3% de los participantes refieren no haber cambiado la percepción del placer, un 40% indican no disfrutar las cosas como antes, un 10% considera no obtener una satisfacción auténtica y 6,7% manifiestan estar insatisfechos con todo.



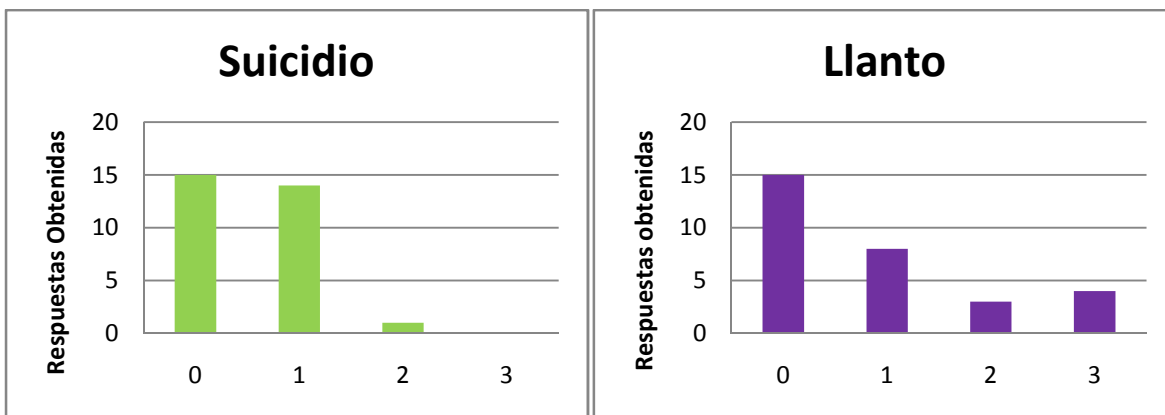
El sentimiento de culpa parece ser un ítem importante, el 40% de los participantes refieren no sentirse especialmente culpables, mientras que el 50% indica sentirse culpable en bastantes ocasiones, siendo el 10% restante el que manifiesta sentirse culpable en la mayoría de las ocasiones. En cuanto al castigo, se puede ver que el 53,3% no creen que estén siendo castigados, el 13,3% se sienten como si fuesen a ser castigados, un 10% esperan ser castigados y el 23,3% sienten que están siendo castigados.



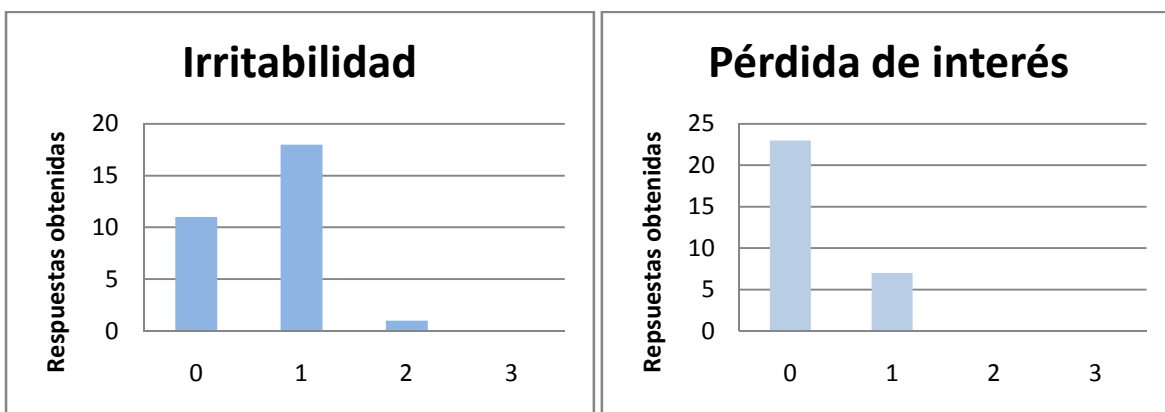
El ítem correspondiente a insatisfacción muestra que el 73,3% de los participantes refieren no estar decepcionados consigo mismos, el 13,3% refiere estar decepcionado y por último el 13,3% refieren sentir vergüenza de sí mismos. En el caso de la autocrítica, se observa que el 16,7% no se considera peor que cualquier otro, mientras que el 73,3% de los participantes refieren autocriticarse por sus debilidades y errores. El 10% restante indica que continuamente se culpan por sus faltas.



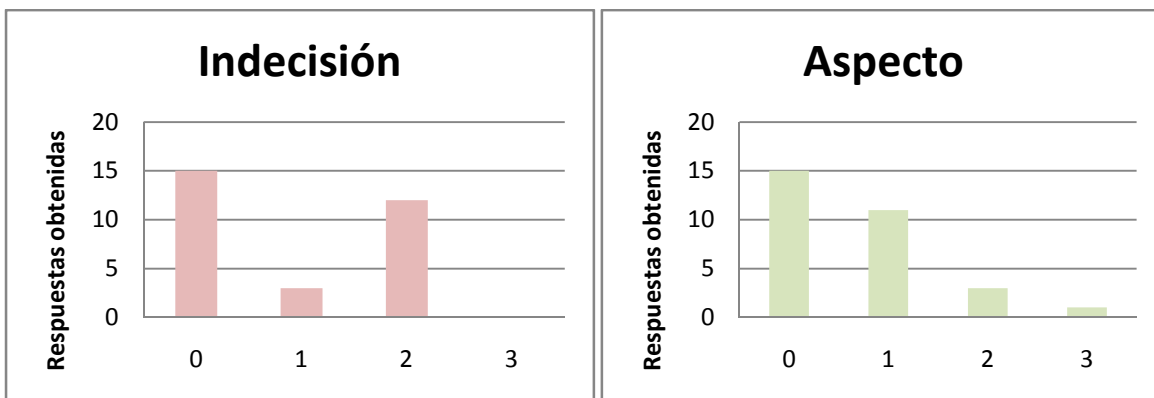
El ítem correspondiente a suicidio es de vital importancia, el mismo obtuvo los siguientes resultados: el 50% de los participantes indicaron no tener ningún pensamiento de suicidio, un 46,7% refiere a veces pensar en suicidarse, pero no lo cometería, mientras que un 3,3% desearía suicidarse. En el ítem que corresponde al llanto se obtuvo que un 50% no lloró más de lo que solía llorar, un 26,7% llora más que antes, el 10% llora continuamente y el 13,3% no puede llorar aunque quiera.



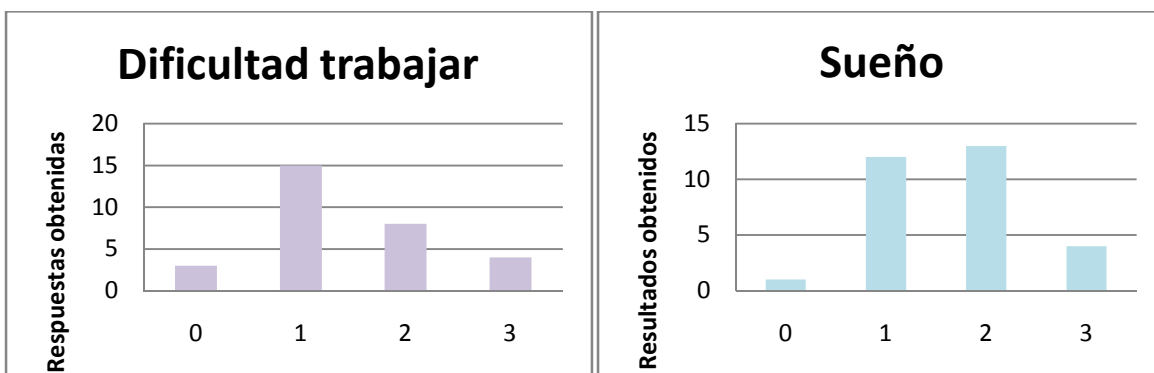
En el caso del ítem de irritabilidad, se encontró que el 36,7% de los participantes refiere no estar más irritado de lo normal, el 60% indica molestarse o irritarse más fácil que antes y el 3,3% manifiesta sentirse irritado continuamente. En cuanto a la pérdida del interés, se observa que el 76,7% refiere no haber perdido el interés por los demás, mientras que el 23,3% indica estar menos interesado en los demás que antes.



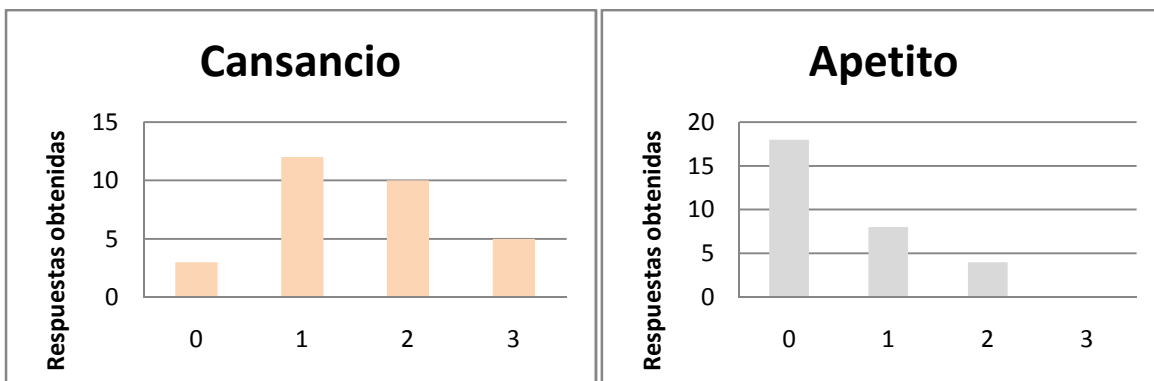
Los resultados del ítem de indecisión se observan un poco más variados, el 50% de los participantes respondieron que toman decisiones más o menos como antes, un 10% indica que evitan tomar decisiones más que antes y el 40% restante refiere que la toma de decisiones le resulta más difícil que antes. En el caso del ítem de aspecto se obtuvo que el 50% no cree tener peor aspecto que antes, el 36,7% indica creerse más viejo o menos atractivo, el 10% cree que se han producido cambios permanentes que lo hacen menos atractivo, mientras que el 3,3% restante creen tener un aspecto horrible.



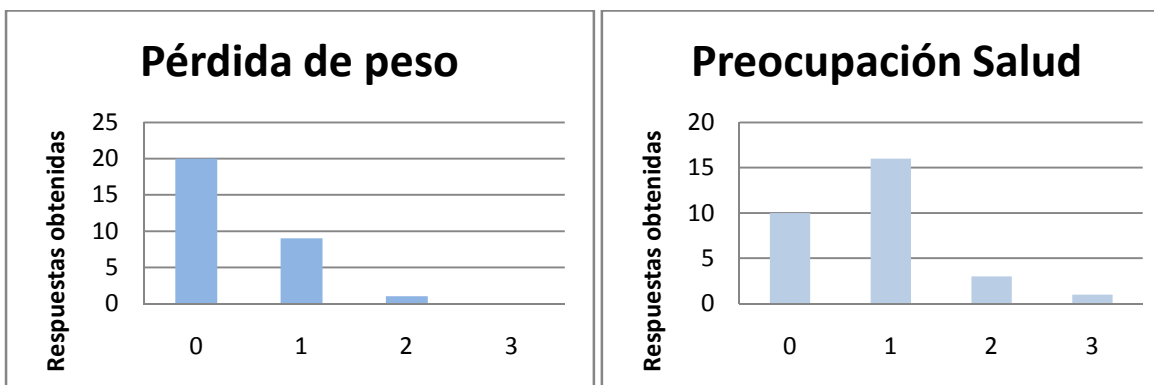
Los siguientes ítems son característicos de la fibromialgia, en cuanto a la dificultad para trabajar se observó que solo el 3,3% trabaja igual que antes, un 50% de los participantes indica que le cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo, un 26,7% refiere tener que obligarse para hacer algo y el 13,3% manifiesta que no puede hacer nada en absoluto. En cuanto al sueño, los participantes respondieron que solo el 3,3% duerme tan bien como antes, el 40% no duerme tan bien como antes, un 43,3% se despierta una o dos horas antes de lo habitual y le cuesta volver a dormir y un 13,3% se despierta varias veces antes de lo habitual y le cuesta volver a dormir.



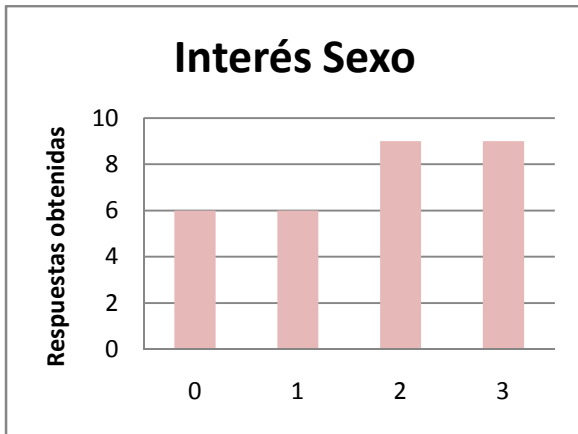
El ítem de cansancio también es importante para nuestra investigación, en el mismo los participantes respondieron que un 10% no se siente más cansado de lo habitual, un 40% se cansa más fácilmente que antes, el 33,3% se cansa en cuanto hace cualquier cosa y el 16,7% restante indica que está demasiado cansado para hacer nada. En cuanto al apetito se observa que el 60% de los participantes indica no haber disminuido su apetito, el 26,7% no tiene tan buen apetito como antes, mientras que el 13,3% restante refiere tener menos apetito que antes.



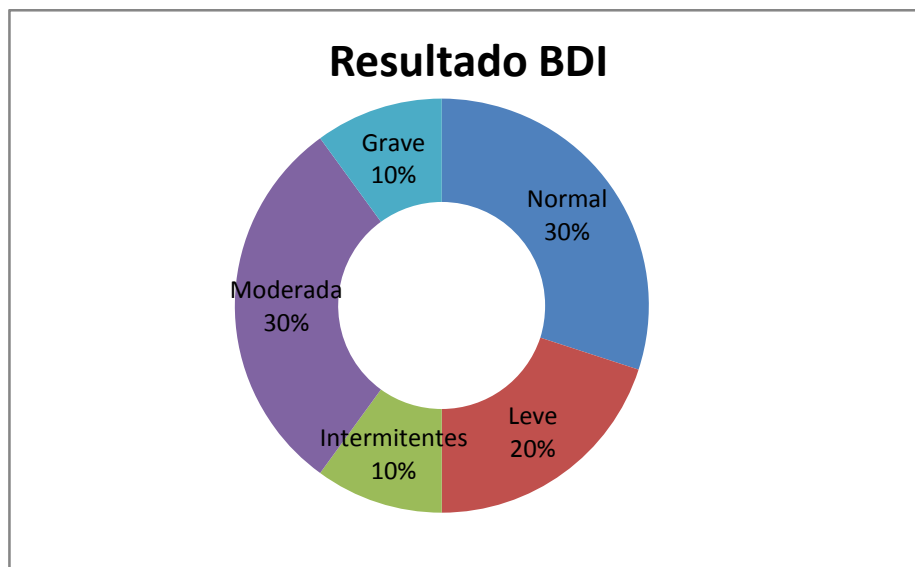
En cuanto a la pérdida de peso, los participantes refirieron que el 66,7% últimamente ha perdido poco peso o nada de peso, el 30% ha perdido más de dos kilos y medio y el 3,3% restante ha perdido más de cuatro kilos. La preocupación por la salud es un ítem importante en relación a que estos participantes padecen de una enfermedad, por lo que se observa que el 33,3% indican no estar preocupados más de lo normal por su salud, un 53,3% está preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, un 10% está preocupado por problemas físicos y le cuesta pensar en algo más y el 3,3% restante está preocupado por problemas físicos pero es incapaz de pensar en algo más.



El último ítem corresponde al interés sexual, que resulta ser el más variado en respuestas, los participantes refirieron que el 20% no observó cambios en su interés, un 20% está menos interesado que antes en el sexo, un 30% está mucho menos interesado en el sexo y el 30% restante ha perdido totalmente el interés en el sexo.



De acuerdo a la puntuación obtenida por el inventario de depresión de Beck, se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a la depresión.



Tal como expresa el gráfico, solo se obtuvo un 10% de casos de depresión grave, pero lo que es un dato a tener en cuenta es el alto porcentaje de depresión moderada, debido a que no conocemos si se encuentra en tratamiento o lo considera una parte normal del diagnóstico de fibromialgia.

Podríamos considerar un 70% de personas que padecen este trastorno mental tan frecuente en dicha población estudiada.

En conjunto con el inventario de depresión de Beck se realizaron otras preguntas. Dentro de las mismas se evaluaron estudios alcanzados por los participantes de dicho

inventario. Un 6,7% de la misma refiere tener estudios primarios, un 20% tiene estudios secundarios, 26,7% tiene estudios terciarios, un 26,7% tiene estudios universitarios y un 6,7% realizó un estudio de post grado.

Por otro lado se consultó el lugar de residencia de los participantes, dentro de esto, se evidenció que un 53,3% de la población corresponde a la Provincia de Buenos Aires, un 26,7% pertenecen a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un 13,3% corresponde a otras provincias pertenecientes a la República Argentina.

Por último, se consultó sobre la medicación, si es que toman, para poder conocer si se encuentra alguna coincidencia farmacológica. Se encontró que el 33,3% se encuentran medicados con Pregabalina, un analgésico para el dolor neuropático, un 26,7% se encuentran medicados con estabilizadores del ánimo, un 33,3% se encuentra medicado para inducir el sueño, un 13,3% se encuentra medicado con estimulantes del sistema nervioso central, un 13,3% toman medicación analgésica fuerte, un 13,3% toma medicina alternativa, como ser medicina china y homeopática y un 26,7% no toma ningún tipo de medicación.

7. Discusión

A continuación se discuten algunos resultados obtenidos en este trabajo a la luz de otros estudios relacionados con la temática en cuestión, y se ofrecen algunas pautas o recomendaciones que pueden seguirse en la línea de investigación propuesta.

Se debe reparar, ante todo, en la interrelación profunda que existe entre depresión y fibromialgia y la dificultad consecuente de disociarlos en la práctica, por lo que se recomienda en futuras investigaciones aplicar instrumentos de medición que aborden dichas variables en simultáneo, sin que esto signifique dejar de reconocer la dificultad de determinar cuántas y cuáles sean las dimensiones de cada uno de los constructos a medir.

Una primera reflexión que surge al comparar esta investigación con otras es el alto valor obtenido en cuanto a población estudiada con depresión. Un 70% de la misma sufre de algún grado de depresión, un 10% presenta un nivel de depresión grave, un 30% presenta un nivel de depresión moderada, un 10% presenta un nivel de depresión intermitente y un 20% presenta un nivel de depresión leve, restando un 30% de los participantes que obtuvieron valores normales. Esto se relaciona con el estudio que se realizó en el Instituto Nacional de Reumatología, donde se encontró que de los pacientes estudiados, el 44,9% evidencia un nivel de depresión severa, le sigue en orden descendente el 33,3% con depresión leve. Se observa que en la mayoría de los pacientes existe algún nivel de depresión, solo el 5,1% no presenta síntomas de este tipo. En cuanto a la variable fibromialgia, el 60% de los pacientes fibromiálgicos poseen un nivel de depresión severa, siendo este el nivel que predomina, sin embargo todos los pacientes presentan algún nivel de depresión (Alfonso; Carbonell, 2012). Por lo antes expuesto podemos considerar que tal como se observa en ambos estudios, la población diagnosticada de fibromialgia tiene altos niveles de depresión, siendo este uno de los objetivos del presente trabajo. Se encontró que solo el 26,7% refieren estar medicados para dicho trastorno, quedando un 43,3% sin estar estabilizados anímicamente.

Sigue quedando como interrogante para futuras investigaciones quién precede a quién, si la depresión es un síntoma asociado a la fibromialgia o si por el contrario la fibromialgia surge en niveles altos de depresión.

En cuanto a los trastornos del sueño, podemos encontrar que es una variable importante en ambos trastornos. En esta investigación se observó que los participantes respondieron que el 40% no duerme tan bien como antes, un 43,3% se despierta una o dos horas antes de lo habitual y le cuesta volver a dormir y un 13,3% se despierta varias veces antes de lo habitual y le cuesta volver a dormir. En el caso de fibromialgia son frecuentes las alteraciones del patrón normal del sueño y los pacientes generalmente lo describen como insomnio inicial o terminal, intranquilidad nocturna, sueño interrumpido o sueño no reparador, los mismos que se asocian con fatiga y cansancio matinal. Estos síntomas afectan la vida personal y laboral de las personas afectadas, asociados a la naturaleza crónica del síndrome; y está reconocido que esta entidad representa una causa importante de ausencia laboral y discapacidad a nivel mundial (Moreno, et. al., 2010). Es por esto que se encuentra como un principal síntoma dentro de esta enfermedad pero a la vez es considerada principal en el trastorno por depresión. La depresión es un trastorno mental, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos de culpa o falta de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2012). Esto se relaciona con la declaración de los participantes donde refieren que un 33,3% de la población afectada se encuentra medicada para conciliar y mantener el sueño. Al ser un síntoma que se da en ambos trastornos es de vital importancia que el mismo sea tratado o por lo menos considerado debido a las consecuencias que conlleva un trastorno del sueño para la vida cotidiana de las personas.

El ítem de cansancio también es importante para nuestra investigación, en el mismo los participantes respondieron que un 40% se cansa más fácilmente que antes, el 33,3% se cansa en cuanto hace cualquier cosa y el 16,7% restante indica que está demasiado cansado para hacer nada. Esto se podría pensar por el principal síntoma de la fibromialgia que corresponde al dolor. El dolor es difuso, afectando una gran parte del cuerpo. En algunas ocasiones el dolor comienza de forma generalizada, y en otras en un área determinada como pueden ser el cuello, el hombro, la columna, etc., y desde ahí se ha extendido. Quienes lo padecen describen este dolor como quemazón, molestia o desazón. Algunas veces pueden presentarse espasmos musculares. Los síntomas varían en relación con la hora del día, los cambios climáticos, el nivel de actividad, la falta de sueño o el estrés. Con frecuencia, el dolor y rigidez empeoran por la mañana y pueden doler más los

músculos que se utilizan de forma repetitiva. La fibromialgia puede provocar rigidez generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de hinchazón mal delimitada en manos y pies. También pueden sentirse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa sobre todo a las manos (López Espino y Mingote Adán, 2008). Es por esto que consideramos que el cansancio se relaciona directamente con la sensación de dolor y rigidez corporal que se evidencia en los pacientes con fibromialgia. El mismo es medicado y se encontró que un 33,3% refiere tomar un analgésico para el dolor neuropático, mientras que un 13,3% indica que toma un analgésico más fuerte. Esto varía de acuerdo a la medicación que se haya probado en el paciente ya que esta enfermedad es catalogada como un nuevo síndrome de característica psicósomática. A su vez al buscar investigaciones en el país referentes a dicha problemática no se hallaron respuestas favorables, siendo una problemática bastante estudiada en países latinoamericanos como lo es en Brasil. Allí se realizó un estudio en el que se establecieron los criterios de diagnóstico basado en las características clínicas del síndrome (dolor generalizado que persiste durante al menos tres meses, fatiga, sueño de mala calidad, la presencia de puntos sensibles). Se pudo observar que aproximadamente dos tercios de la muestra mostraron algún grado de depresión (Caíres Berber; Kupek; Souza Santos Berber, 2004).

En ambos síndromes encontramos un patrón común desde el punto de vista bioquímico. En el sistema nervioso de personas con fibromialgia se han detectado alteraciones neurobiológicas como: niveles bajos de sustancias importantes en la regulación del dolor, en especial la serotonina, que es un neurotransmisor importante en la regulación cerebral del dolor, sueño y humor (López Espino y Mingote Adán, 2008). Mientras que la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos, por alguna razón, no pueden ligarse con los receptores (Bogaert García, 2012). Desde la perspectiva de la psicofarmacología, se busca aumentar los niveles de serotonina en el cerebro con el fin de desencadenar un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor (Bogaert García, 2012).

Por lo tanto podemos comprender el motivo por el cual se suele medicar a los pacientes con fibromialgia con estabilizadores del ánimo, entre otros, debido a que por lo general los pacientes tienen múltiples síntomas, no hay un solo fármaco que en las pruebas

clínicas pueda tratar la fibromialgia exitosamente en más del 50% de los casos, es por esto que a muchos pacientes hay que tratarlos con varios fármacos a la vez.

A fin de seguir enriqueciendo los resultados encontrados se sugiere proseguir investigando algunos aspectos que o no se han tenido en cuenta o solo se los ha considerado de modo parcial a causa de las limitaciones propias del presente estudio, como ser, que teniendo en cuenta que es una enfermedad catalogada como psicósomática, se podría evaluar si los pacientes realizan algún tipo de psicoterapia, o alguna práctica alternativa como podría ser el yoga, o algún deporte que favorezca la movilidad corporal a fin de evitar la rigidez. Asimismo, como no se puede determinar quién precede a quién, en futuras investigaciones podrían incluirse historias clínicas para determinar si aparecen primero los síntomas de depresión o el dolor corporal.

8. Conclusión

A raíz de lo anteriormente expuesto podemos concluir que en la población estudiada, la cual ha sido diagnosticada de fibromialgia, presentan en su mayoría algún grado de depresión. Se observó que un 10% presenta un nivel de depresión grave, un 30% presenta un nivel de depresión moderada, un 10% presenta un nivel de depresión intermitente y un 20% presenta un nivel de depresión leve, restando un 30% de los participantes que obtuvieron valores normales.

Diferentes estudios han demostrado que los síntomas psicológicos, y particularmente la depresión, se dan de manera frecuente en fibromialgia; a veces en algunos pacientes, suele representar un problema mayor (Moreno, et. al., 2010). Considerando que la población elegida se encuentra diagnosticada de fibromialgia, y que a su vez un 70% de la misma padece de depresión de acuerdo al inventario aplicado, podemos afirmar la relación que existe entre ambos síndromes. Lo que no se puede afirmar es quién precede a quién, quedando como interrogante para futuras investigaciones.

9. Referencias

- Aguirre Baztán, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal-estaR e subjetividade – FoRtaleza*, VIII (3), 563-601
- Alfonso, L. M., Carbonell, M. M. (2012). Ansiedad y Depresión en pacientes con fibromialgia y artritis reumatoide. Recuperado en: <http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20120112/asocfile/20120112085531/asocfile120050401192014.pdf>
- American Psychological Association. (2009). Publication manual of the American Psychological Association. (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association
- Asociación de Fibromialgia, SFC y SQM de Melilla, España. Recuperado en: <https://fibromialgiamelilla.wordpress.com/category/diagnostico/>
- Awad, E. A. (1973). Intestinal myofibrositis: hypothesis of the mechanism. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 49, 155
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100
- Bennett, R. M. (1989). Muscle physiology and cold reactivity in the fibromyalgia syndrom. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 15, 135-147
- Bogaert García, H. (2012) La depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII (2), 183-197
- Caíres Berber, S., Kupek, E., Souza Santos Berber, J. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, 45, (2) 47-54
- Comeche Moreno, M. I., Díaz, M. I., Ortega Pardo, J., Rodríguez Muñoz, M. y Vallejo Pareja, M.A. (2012). Estructura y adecuación del Inventario de Depresión de Beck en pacientes con bromialgia. *Psicothema*. 24 (4), 668-673

- Fernández Delgado, C., González Agudo, M. I., Hernández Sánchez, R. y Uceda Montañés, J. (2000). Fibromialgia: Tema monográfico. *Revista Española de Reumatología*, 27, 414-416
- Herch, K. P. (1989). Evaluation and differential diagnosis of fibromialgia. Approach to diagnosis and management. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 15(1)
- Hornstein, L. (2006). Las depresiones: Afectos y humores del vivir, Paidós, Buenos Aires
- Houvenagel, E. (1993). Fibromyalgia: pathogenetic concepts. *Rev. Rheumat.* 60 (3)
- López Espino, M. y Mingote Adán, J. C. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19 (3), 343-358
- Mas, A. J., Carmona, L., Valverde, M., Ribas, R. y Episer Study Group. (2008). Prevalence and impact of fibromyalgia in function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatology*, 26, 519-526
- Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A. E., Pizarro, J., Rueda, C., Vidal, L. y Vidal, M. (2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Anales Facultad de Medicina*, 71 (2), 23-27
- OMS (2012). Depresión. Recuperado en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Russell Rothenberg, M. D. (2010). Patofisiología y tratamiento de la fibromialgia. *Fibromyalgia Frontiers*, 18 (1)
- Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill
- Simms, R. W., Goldenberg, D. L., Felson, D. T., et. al. (1988). Tenderness in 75 anatomic sites: distinguishing fibromyalgia patients from control. *Arthritis and Rheumatism*, 31, 182-187
- Steindler, A. (1938). Differential Diagnosis of Pain Low in the Back. *Journal of the American Medical Association*, 110, 106

- Valverde, M., Juan, A., Rivas, B. y Carmona, L. (2001). Fibromialgia. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, P. L. y Tugwell, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the multicentre criteria committee. *Arthritis Rheum*, 33, 160-172

10. Anexos

Edad: **Sexo** 1. Hombre 2. Mujer **¿Trabaja actualmente?** 1. Sí 2.No

Lo invitamos a colaborar en una Investigación que se desarrolla en el marco de la realización del Trabajo Integrador Final de grado de la Universidad de Flores. Para ello, su cooperación con este cuestionario es de especial relevancia. Es un cuestionario anónimo en el que no existen respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa su opinión. Por favor intente responder a todo el cuestionario.

En el mismo aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8)

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.

- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Llora continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

- Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SÍ/NO.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

¿Estudios alcanzados?

¿Se encuentra tomando medicación?

¿Cuál?.....

¿Cuál es su lugar de residencia?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!