



Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Editorial

El dolor, la personalidad y los trastornos psiquiátricos en las enfermedades reumáticas



Pain, personality and psychiatric disorders in rheumatic diseases

Héctor Mauricio Pérez^{a,b} y Gerardo Quintana López^{a,b,c,*}

^a Grupo de Investigación Reumavance. Servicio de Reumatología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

^b Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^c Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de noviembre de 2015

Aceptado el 16 de noviembre de 2015

Las enfermedades reumáticas son una causa común de consulta para el médico general y, a su vez, los costos derivados de su manejo tanto directos como indirectos son enormes¹⁻³. Se caracterizan por alteraciones de las estructuras del aparato locomotor, producidas por diferentes enfermedades: autoinmunes, metabólicas, infecciones, degenerativas, etc. Todas ellas producen dolor, que es el síntoma más común y frecuente tanto de las enfermedades articulares como la artritis reumatoide (AR), y las no articulares, como la fibromialgia (FBM)¹. Aunque el dolor se define como una sensación desagradable causado por estímulos nociceptivos, el concepto abarca tanto lo social como el dolor físico². La mayoría de los estudios de dolor y sueño, en enfermedades reumáticas, han encontrado una alta prevalencia de insomnio, y muchos de los síntomas diurnos, como la rigidez matutina, el dolor y la fatiga, pueden estar relacionados con un patrón de sueño no reparador¹.

Las enfermedades reumáticas están estrechamente relacionadas con la personalidad y con trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la

depresión⁴. La ansiedad es una respuesta patológica del ser humano ante ciertas situaciones de la vida cotidiana en forma de estrés. La depresión es un estado de ánimo negativo, que hace que el paciente pierda la capacidad y el deseo de enfrentarse ante cualquier situación, y ante la vida cotidiana. El ejemplo más claro de la relación que existe entre la personalidad, el estrés, la ansiedad y la depresión, con las enfermedades reumáticas es la FBM, aunque también se encuentra asociación con otras enfermedades como la AR^{4,5}.

Dentro de las enfermedades reumáticas, las más prevalentes son la osteoartritis (OA), seguida por la FBM, el lumbago, las artropatías inflamatorias y la espondilitis anquilosante (EA). La AR afecta entre el 0,4-0,7% de la población³. La prevalencia, las consecuencias funcionales y el elevado impacto socioeconómico de estas enfermedades las han convertido en un problema de salud pública, en los países desarrollados. Una serie de estudios auspiciados por International League Against the Rheumatism, realizados en países con diferente nivel de desarrollo en América y Asia, mostraron que la magnitud de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ge.quintana@yahoo.com (G. Quintana López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.11.001>

0121-8123/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Reumatología.

este impacto, tanto en prevalencia como en la generación de discapacidad parece ser global. Se encontró que la prevalencia de dolor músculo-esquelético no traumático en adultos varió entre el 7-36%, mientras que la prevalencia de discapacidad atribuible a enfermedad músculo-esquelética varió entre el 1,4-10,4%. En forma similar, la prevalencia de enfermedades reumáticas tales como los síndromes regionales, OA, AR, gota y FBM, presentaron variaciones relativamente sustanciales⁶.

La FBM es un síndrome altamente complejo que cursa con dolor de forma crónica y generalizada, junto a una amplia variedad de otros síntomas y signos, como la fatiga, la depresión, los desórdenes gastrointestinales y los problemas de sueño⁴. La etiología de la FBM todavía es objeto de estudio, se trata de un problema de origen cerebral y no una enfermedad del sistema periférico, implicándose diversas anomalías neuro-químicas, neuro-endocrinas, inmunológicas, musculares, psicológicas y alteraciones del sueño⁷⁻⁹. La principal causa de la FBM es la sensibilización central, que se define como una respuesta dolorosa aumentada a la estimulación en el sistema nervioso central. Esta condición es similar a la que se presenta en otras enfermedades caracterizadas por dolor crónico, como lo son el síndrome del intestino irritable, la cefalea tensional, los trastornos de la articulación temporomandibular, el síndrome miofascial, el síndrome de dolor regional complejo, el síndrome de las piernas inquietas y el trastorno por estrés postraumático^{9,10}.

Esta sensibilización central consiste en una mayor excitabilidad de la vía sensitiva y dolorosa, esta mayor excitabilidad es producto de estímulos dolorosos repetitivos, que llevan a una modulación endógena deficiente del dolor. La plasticidad neural está modificada a largo plazo en los pacientes con FBM, de tal forma que un estímulo doloroso repetido, o un estímulo normalmente no doloroso, se percibe con mayor dolor al compararlo con personas sin este trastorno, manteniéndose esta condición durante la vida⁶. Se ha observado que la FBM presenta un desorden en el procesamiento general del dolor, aspecto que se evidencia por las alteraciones neuroquímicas, descenso de la serotonina y ascenso de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo. La serotonina es un neurotransmisor que actúa como inhibidor en las vías de transmisión del dolor a nivel del asta posterior de la médula espinal, y se encuentra a bajos niveles, aumentando la hipersensibilidad al dolor en los individuos con FBM^{6,8,11}.

La controversia sobre la asociación entre la FBM y los problemas psicológicos continúa siendo un tema de investigación, sin resultados concluyentes, siendo la clínica depresiva la más frecuente. Por otro lado, entre el 70-90% de los pacientes con FBM refieren trastornos del sueño, expresados como un sueño no reparador, ligero e inestable. Existe acuerdo general en que la fragmentación del sueño y la disminución del sueño lento profundo son las 2 modificaciones principales del sueño en pacientes con FBM. Ambos síntomas, depresión y trastornos del sueño, son alteraciones comunes en procesos con dolor crónico^{1,8,12}.

En esta edición, de la REVISTA COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA, se presenta un estudio sobre la relación entre el dolor percibido y los estilos de personalidad en pacientes reumáticos, y es presentado como la tesis doctoral de una estudiante de la Universidad de Almería en España. La hipótesis propuesta apunta a que los estilos de personalidad más

desadaptativos se relacionan con una mayor percepción del nivel de dolor. En un intento de clarificar los factores psicológicos vinculados tanto al dolor como a su cronificación surge el modelo de miedo-evitación del dolor. Este modelo explica que el tránsito del dolor agudo al dolor crónico se debe a la interacción entre las condiciones fisiopatológicas del trastorno y a un conjunto de factores psicosociales.

El modelo de miedo-evitación del dolor postula que, la mayoría de las personas valoran el dolor como una experiencia desagradable, pero no le atribuyen un significado altamente amenazante, ni consideran que vaya a tener graves consecuencias. Tras un periodo razonable de reposo, poco a poco va aumentando su nivel de actividad hasta que se cura. Sin embargo, una minoría de individuos le da a la experiencia de dolor un significado catastrófico, que se asocia con rasgos de personalidad que el afecto negativo (neuroticismo). Esta valoración provocará el miedo al dolor, que se conceptualiza como las creencias que el movimiento y la actividad empeorarán el dolor o harán que se produzca una nueva lesión. De esta manera, la falta de movimiento aumentaría la cronificación del dolor, así como la discapacidad asociada⁹.

Los resultados encontrados en este estudio, aunque no son concluyentes, apuntan al desarrollo de un manejo multidisciplinario de los pacientes con dolor en enfermedades reumáticas, en el que se debe incluir no solo al ortopedista, al reumatólogo o la clínica del dolor. También, deben incluirse líneas de intervención psicoterapéuticas y terapias de rehabilitación integral, con el fin de centrarse en la modulación emocional del paciente y en elaborar diversas actividades ocupacionales como lo son el ejercicio físico, esto con el fin de disminuir la atención prestada al propio dolor.

Cabe mencionar que este estudio presenta varios sesgos y limitaciones que muy bien fueron expuestos por los autores. Al ser un estudio de tipo transversal es solamente descriptivo, los resultados solo arrojan relaciones temporales entre datos, y no pueden generar resultados concluyentes. Los grupos poblacionales representan una muestra pequeña, y no se encuentra la misma distribución en cuanto la variable sexo, afectando la subjetividad del dolor. Además, solo se incluye dentro del grupo de enfermedades reumáticas la AR y la EA, conociéndose, por ejemplo de antemano, la relación estrecha entre la FBM y el tipo de personalidad.

Este artículo deja la puerta abierta para el desarrollo de futuros estudios con diseños metodológicos más elaborados, ya sean estudios de tipo longitudinal o cohorte, en donde sea posible estudiar sistemas de comportamiento estocástico como los son las enfermedades reumáticas. Además, deben ser estudios con un mayor tamaño muestral, con mayor homogeneidad entre los grupos poblacionales y se deben incluir las enfermedades tanto articulares como no articulares. Cabe mencionar, que el desarrollo de este tipo de estudios presenta elevados costos, que en nuestro país son una gran limitación, pero que no debe ser una excusa para la limitación de esfuerzos en el desarrollo de la medicina en Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cáliz Cáliz R. Enfermedades reumáticas y alteraciones del sueño. *Vigilia-Sueño*. 2005;17:91-120.

2. Jaillard A, Ropper AH. Pain heat, and emotion with functional MRI. *N Engl J Med*. 2013;368:1447-2144.
3. Durán ME, González Haba E, Herranz A, Pernía S. Reumatología. En: Bonal Falgas J, Domínguez-Gil Hulé A, Gamundi Planas MC, Napal Lecumberri V, Valverde Molina E. (eds.), Farmacia Hospitalaria. FEFH: Madrid; 3 ed. 002. p. 1465-92.
4. Revuelta E, Segura E, Paulino Tevar J. Depression, anxiety and fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17:326-32.
5. Campos M, López A, García S. Morbilidad psiquiátrica en pacientes con artritis teumatoide. *Rev Cub Reumatol*. 2012;XIV. ISSN 1817-5996.
6. Nemegeyi A, Bertha L, Gutiérrez Ñ. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Rev Med IMSS*. 2005;43:287-92.
7. Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia DE, et al. Fibromyalgia syndrome: etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Res Treat*. 2012;2012:426130.
8. Ortiz MR, González EB. La fibromialgia: fundamentos y tratamiento. *Rev Fac Cienc Salud*. 2006;4:1-17.
9. Villanueva VL, Valía JC, Cerda G, Monsalve V, Bayoa MJ, de Andrés J. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:430-43.
10. Chaves Hidalgo D. Actualización en fibromialgia. *Rev Med Leg Costa Rica*. 2013;30:83-8.
11. Esteve R, Ramírez-Maestre C. Fear-avoidance model in pain: Evolution and future horizons. *Rev Psic Salud*. 2013;1:102-30.
12. Máñez I, Fenollosa P, Martínez-Azucena A, Salazar A. Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:491-500.