



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
Programa de Especialidades Médicas
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Informe final de investigación
para optar por el grado de especialista
en Medicina Familiar y Comunitaria

***Calidad de vida relacionada con la salud
y prevalencia de depresión y ansiedad
en pacientes con fibromialgia***

Presentado por
Pablo Lara Campos



TRABAJO DE GRADUACIÓN

El Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y este Tribunal que lo representa, hace constar que el Dr. Pablo Lara Campos, estudiante de este Posgrado, ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo de Graduación “Calidad de Vida relacionada con la Salud y Prevalencia de Depresión y Ansiedad en Pacientes con Fibromialgia”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los diez días del mes de agosto del año dos mil doce, en la ciudad de San José, Costa Rica.

Dr. Héctor Araya Zamora
Presidente del Tribunal

Dra. Ana Lorena Vega Alpizar
Miembro del Tribunal

Dr. Pedro Gómez Mora
Miembro del Tribunal

San José, 15 de julio de 201

Señores

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Hago constar que he revisado el informe final de investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia”, del estudiante **PABLO LARA CAMPOS**, para optar por el grado de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

He corregido errores gramaticales, de puntuación, ortográficos y de estilo que encontré en el documento.

Por tanto, considero que dicho trabajo cumple con los requisitos establecidos por la Universidad de Costa Rica para que sea presentado como trabajo final de graduación.

Atentamente,



Nombre: Martha Virginia Müller Delgado (filóloga)
(Profesora pensionada de la Escuela de Filología
de la Universidad de Costa Rica)

Cédula: 8-043-572

Teléfonos: 2225-4313 // 8719-7872

Correo: mavimude@ice.co.cr

Dedicatoria y agradecimientos

A mi familia por su apoyo incondicional para lograr cada una de las metas propuestas; a mi madre quien es mi ejemplo de mujer y profesional.

A Mayling por el apoyo brindado en esta etapa de mi vida

A la Dra. Guillén, Dra. Vega, Dr. Gómez y a Master Marian Carballo por brindarme su apoyo y acompañarme en la realización de este trabajo.

A mis amigos: Gaby, Ileana, los cuales de una manera u otra han estado a mi lado siempre.

A mis profesores de posgrado por su guía y apoyo.

Resumen en español

Este trabajo es un análisis de los casos que se registraron en el último decenio acerca de la prevalencia de los trastornos en el estado de ánimo de pacientes con fibromialgia y su influencia en la calidad de vida de estos.

Se utilizaron como categorías de búsqueda y de análisis los siguientes elementos: la fibromialgia (FM), la calidad de vida, la depresión y la ansiedad. Se consultaron las bases de datos Pubmed, Medline y MD Consult, en donde se encontraron 140 artículos, los cuales se registraron y analizaron con la escala de nivel de evidencia.

De ese total de artículos se tomaron los treinta que se utilizaron en este informe y se distribuyeron de la siguiente manera: un artículo, del nivel Ib; dos, del nivel IIa; uno, del nivel IIb; y veintiséis, del tipo III. De esos treinta artículos analizados, diecinueve son descriptivos y siete corresponden a casos y controles.

El perfil sociodemográfico de los pacientes con FM corresponde a mujeres casadas, de baja escolaridad, en su mayoría amas de casa que se encuentran entre la cuarta y la quinta década de su vida.

En cuanto a la calidad de vida, los síntomas que más afectan a las pacientes son la falta de energía, el dolor y las alteraciones en el sueño. Se pudo constatar que las pacientes cada vez experimentan más dolor, más alteraciones emocionales, mayor aislamiento y menor movilidad física. Presentan, además, estados de ánimo depresivos y una gran ansiedad por encontrar alguna respuesta ante la incertidumbre que les genera la enfermedad.

Se pudo observar que la depresión y la ansiedad preceden o acompañan a la FM, aunque esos síntomas no son factores implicados en la etiología del síndrome. La relación entre la FM y las depresiones puede constituir más bien una situación de comorbilidad, o la depresión puede ser una consecuencia de la FM.

Se estableció también que en la FM la depresión puede ser consecuencia de las interferencias en la vida cotidiana, lo mismo que del dolor y de otros síntomas del síndrome. Tal es el caso de la fatiga persistente, que impide a la paciente realizar actividades que anteriormente le habían sido habituales, y de la anticipación del dolor, que produce inhibición comportamental con el mismo resultado.

Se concluye que, a pesar de las limitaciones de los estudios por corresponder en su gran mayoría a trabajos descriptivos (no experimentales), se encontró que es

frecuente el deterioro en la calidad de vida de los pacientes que padecen de FM, y que estos presentan una alta comorbilidad con las enfermedades del espectro de los trastornos de ánimo, en especial la depresión y la ansiedad.

Tabla de contenidos

1	Introducción	1
2	Justificación	2
3	Objetivos	4
3.1	Objetivo general.....	4
3.2	Objetivos específicos	4
4	Estrategia metodológica.....	5
4.1	Tipo de investigación.....	5
4.2	Palabras clave	5
4.3	Definición de categorías de estudio	5
4.3.1	Calidad de vida.....	6
4.3.2	Familia	6
4.3.3	Fibromialgia.....	7
4.3.4	Depresión	9
4.3.5	Ansiedad	10
4.4	Criterios para la selección de artículos	11
4.4.1	Criterios de inclusión.....	11
4.4.2	Criterios de exclusión.....	11
4.4.3	Artículos encontrados según nivel de evidencia	12
4.4.4	Procedimientos de búsqueda bibliográfica	13
5	Resultados y discusión.....	14
5.1	Calidad de vida en pacientes con fibromialgia.....	14
5.2	La calidad de vida de los pacientes con fibromialgia y su prevalencia con la depresión o la ansiedad.....	26
6	Conclusiones y recomendaciones.....	37
6.1	Conclusiones.....	37
6.2	Recomendaciones	39
	Bibliografía	40
	Anexos	44

Lista de siglas

AC	Adaptación Copers
ACR	American College of Rheumatologist
AIMSII	Arthritis Impact Measurment Scale
AINES	Antinflamatorio no esteroideo
AR	Artritis reumatoidea
BINASSS	Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades edición 10
CIF	Cuestionario de impacto de la fibromialgia
CV	Calidad de vida
DHEAS	Dehidroepiandrosterona sulfato
DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV
DYS	Disfuncional
FES	Family Environment Scale
FHAG	Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FM	Fibromialgia
HAQ	Health Assessment Questionnaire
ID	Interpersonalmente apenado
IRSS	Inhibidores de la recaptura de la serotonina
MMP	Mini internacional psychiatric interview
MPI	Multidimensional Pain Inventory
NHP	Nottingham Health Profile
NP	Dolor neuropático
OMS	Organización Mundial de la Salud
SF-36	Cuestionario general de salud-36
STAI	Cuestionario estado de ansiedad
TCC	Terapia cognitiva conductual
TP	Trastorno depresivo
VAS	Escala visual analógica del dolor

1 INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de dolor muscular y esquelético de larga evolución, con una mayor molestia significativa ante la presión en ciertos puntos específicos del cuerpo, y la frecuente coexistencia de otros síntomas como la astenia, los trastornos del sueño, la ansiedad, la depresión y otras múltiples molestias en grados variables. La prevalencia encontrada a nivel general es del 2% al 4%.

La FM es una de las enfermedades que tienen mayor impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, incluso comparada con la de los enfermos de cáncer. Los pacientes con FM refieren una gran repercusión de la enfermedad en su vida, en lo que se refiere a capacidad física, actividad intelectual, estado emocional, relaciones personales, carrera profesional y salud mental, de manera que se requiere el desarrollo de múltiples estrategias para el afrontamiento de la enfermedad.

La FM perjudica la vida familiar, ya que afecta la relación del paciente con sus padres, hermanos, hijos y cónyuges. El mayor problema se refleja en la calidad de vida de los familiares, quienes muestran índices menores de bienestar que los parientes de enfermos sin FM, especialmente en los aspectos funcionales del trabajo y el hogar, la independencia y la salud.

En la práctica clínica existe la impresión de que las alteraciones psicológicas influyen en la aparición de la FM lo mismo que en la duración de la enfermedad. Por ello, en el momento de evaluar el impacto que esta tiene en el paciente, se tienen que tomar en cuenta todos sus aspectos.

Aunque entre los médicos no haya un consenso sobre las medidas que se deben tomar, se considera indispensable que el diagnóstico de la enfermedad incluya aspectos como escalas de dolor, y un cuestionario de la medida de salud, de la capacidad funcional y de las alteraciones en los estados del ánimo del paciente.

2 JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha observado un incremento de las patologías que muestran una importante trascendencia social, las cuales carecen de un claro trasfondo etiológico y tienen una gran repercusión psicopatológica.

Dentro de esas patologías cabe destacar la FM, la cual ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia hasta convertirse en un problema de salud pública de primer orden. Esto se ha debido a su alta prevalencia entre la población general adulta, al insuficiente conocimiento de sus causas y de los mecanismos que la producen, a la ausencia de tratamiento curativo, así como a la insatisfacción de los pacientes y de los profesionales en el abordaje de la enfermedad (De la Rivera & Fleitas, 2008).

La FM es un síndrome crónico muy angustiante. Los pacientes presentan dolor óseo y muscular generalizado y múltiples puntos sensibles de localización característicos. El dolor no se puede explicar por trastornos degenerativos ni inflamatorios, y además no hay un tratamiento que reduzca los síntomas en todos los pacientes. Estos síntomas se pueden asociar con diferentes comorbilidades psiquiátricas, tales como la depresión y la ansiedad en un alto número de casos (González, Elorza, & Failde, 2010).

La FM es una patología muy frecuente en las consultas de atención primaria, con una prevalencia del 2% al 4 % en la población general, según los diferentes reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010.

Predomina en la población femenina, en una proporción de 9 a 1 en relación con los hombres. Afecta más a las mujeres entre la tercera y la quinta década de su vida, quienes corren el riesgo de padecer la enfermedad 8,5 veces mayor que la población masculina, y presentan tasas de discapacidad del 25% al 50%.

Ese hecho, a su vez, representa un alto costo en atención médica, lo mismo que baja productividad laboral, ya que ocasiona un gran número de incapacidades, las cuales se presentan en mayor proporción que en otras patologías, como en la lumbalgia crónica, por ejemplo (McDonald, Da Costa, & Ulman, 2011).

Al evaluar la calidad de vida de los pacientes con FM se ha demostrado que la presencia de síntomas de depresión y ansiedad puede influir de manera negativa en la percepción de la enfermedad. Es por ello que, para lograr entender y mejorar la terapéutica en ese grupo de pacientes, es necesario que se realice una valoración integral de la enfermedad (Moreno y otros, 2010).

Planteamiento de la pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de vida y la prevalencia de la depresión y la ansiedad en los pacientes con fibromialgia?

3 OBJETIVOS

3.1 *Objetivo general*

El objetivo general del presente trabajo es describir la calidad de vida los pacientes con fibromialgia, lo mismo que la prevalencia de la depresión y la ansiedad en esas personas, y también comprobar si ellas presentan un perfil específico en la manifestación de la enfermedad.

-

3.2 *Objetivos específicos*

- Identificar la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia
- Conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con fibromialgia

4 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En este capítulo se presentan los siguientes elementos: el tipo de investigación, el tema de estudio, las categorías de estudio y el procedimiento utilizado para el análisis y la obtención de los resultados.

4.1 Tipo de investigación

La investigación consistió en revisar la literatura relacionada con el tema de la fibromialgia, lo mismo que bases de datos científicos, revistas, libros, páginas de Internet, artículos libres y tesis de grado de los últimos once años.

También se utilizaron las bases de datos de El Sevier, Pubmed, Medline y MD Consult.

Asimismo se obtuvo ayuda de funcionarios del BINASSS y de la Biblioteca del Hospital Nacional de Psiquiatría, quienes realizaron búsquedas bibliográficas con los descriptores y brindaron los artículos completos.

El período en el cual se desarrolló el trabajo abarcó desde octubre del 2011 hasta junio del 2012.

4.2 Palabras clave

Calidad de vida, depresión, ansiedad, fibromialgia y familia

4.3 Definición de categorías de estudio

En este apartado se presenta el conjunto de definiciones que sirvieron de base para responder a las interrogantes implícitas en los objetivos específicos.

4.3.1 Calidad de vida

El concepto de “calidad de vida” es multidimensional, por lo que es difícil poder definirlo. La calidad de vida se ha descrito como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, unido a un sentimiento de bienestar/malestar general de la persona. Pero, además, este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado con determinados indicadores “objetivos” de tipo biológico, psicológico, conductual y social.

Se podría sintetizar la calidad de vida como “la ausencia de enfermedad o de defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”. O también, según la sencilla definición americana, como “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida” (Campos & Herazo, 2009).

El ámbito de la calidad de vida se extiende más allá de los síntomas tradicionales, e incluye también sentimientos subjetivos de bienestar (físico, mental y social) por parte de los pacientes, así como la satisfacción, el funcionamiento y la discapacidad.

Se puede decir que la evaluación de la calidad de vida constituye un elemento humanista en la asistencia sanitaria, el cual es cada vez más importante en el tratamiento de las enfermedades y en la mejoría de los síntomas. Por todo ello, en los últimos años la calidad de vida ha sido aceptada como un concepto multidimensional subjetivo, que ha sido ampliamente estudiado en los trastornos psiquiátricos y en muchas enfermedades físicas (González, Elorza, & Failde, 2010).

4.3.2 Familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la familia como “grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.

De acuerdo con esa definición, se puede entender la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, que están ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio o relación estable y que viven en un mismo hogar.

La palabra "familia" proviene de la raíz latina *famulus*, que significa ‘sirviente o esclavo doméstico’. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y

criados que pertenecían a un solo hombre. En la estructura original romana, la familia era regida por el padre, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no solo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos (De la Rivera & Fleitas, 2008).

4.3.3 Fibromialgia

Tras un amplio estudio multicéntrico (Atxuteg & Collado, 2003) auspiciado por la Academia Americana de Reumatología en 1990, la fibromialgia (FM) se determina por la presencia conjunta de dos hechos:

a) La historia de dolor generalizado durante al menos tres meses. Se considera generalizado cuando está presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). En esta definición, el dolor de hombro o de nalga se considera como dolor para cada lado implicado.

Por tanto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en al menos tres de los cuatro cuadrantes corporales, dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos (derecho e izquierdo), y una línea transversal que pase por la cintura y que separe dos mitades (superior e inferior). O excepcionalmente solo dos, si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.

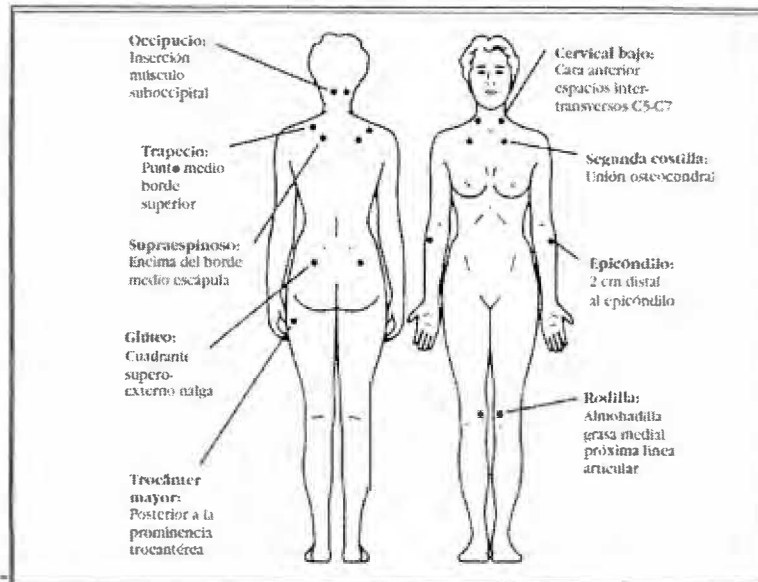
b) El dolor a la presión en al menos once de los dieciocho puntos (nueve pares) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor mecánico (figura 1).

La presencia de dolor generalizado, junto con el dolor moderado o intenso a la presión en al menos once de los dieciocho puntos valorados, presenta una sensibilidad diagnóstica del 88,4% y una especificidad del 81,1%.

La FM fue reconocida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0.

Figura 1

Puntos sensibles a estímulos mecánicos



Fuente: Tomado de Atxuteg & Collado (2003)

Desde hace más de una década se ha intentado identificar distintos subgrupos de este síndrome a partir de criterios clínicos. Se ha hecho diferencia entre la fibromialgia primaria (con depresión y sin ella) y la denominada fibromialgia secundaria, basándose en consideraciones y aplicaciones terapéuticas distintas (Keller, De Gracia, & Cladellas, 2011).

El complejo perfil clínico observado en los pacientes con FM demuestra que se trata de un trastorno muy heterogéneo. La variabilidad en la intensidad de los síntomas —diferencias en el funcionamiento psicológico, alteraciones en la reactividad cardiovascular y percepción distorsionada del dolor— confirma la heterogeneidad del cuadro.

Estudios recientes han constatado que las diferencias individuales mostradas por pacientes que se encuentran en la etapa de remisión de la sintomatología también permiten diferenciar el perfil funcional de esas personas.

Más recientemente se ha demostrado que una combinación de indicadores psicológicos y de sensibilidad al dolor permite diferenciar mejor a varios subgrupos de pacientes con FM (Keller, De Gracia, & Cladellas, 2011).

El análisis clúster permitió identificar tres subgrupos de pacientes con un perfil psicopatológico bien definido: a) un subgrupo de pacientes caracterizado por el predominio de índices elevados en los indicadores de depresión y ansiedad; b) un subgrupo con predominio de factores cognitivos de catastrofismo y bajo control sobre el dolor; c) un tercer subgrupo con una mayor reactividad sensorial al dolor (hiperalgesia y percepción dolorosa).

Cada perfil permite identificar diferentes estrategias con las que los pacientes afrontan el dolor y que requerirían de un enfoque terapéutico específico.

Otros estudios han identificado también tres subgrupos de pacientes con similares características. Los autores denominaron al primero ‘disfuncional’, y está caracterizado por la ansiedad como problema principal; el segundo está compuesto por pacientes que manifiestan un elevado sufrimiento interpersonal y que pueden presentar problemas psiquiátricos asociados; y, finalmente, el tercero está constituido por personas que aplican una estrategia adaptativa de afrontamiento (Keller, De Gracia, & Cladellas, 2011).

4.3.4 Depresión

La depresión es un estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima y reproches a sí mismo. Va acompañado por retardo motor y, en ocasiones, por agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos como el insomnio y la anorexia. El término se refiere a un estado de humor o a un trastorno del humor (Lubrano, 2009).

Tipos de depresión

El DSM-IV clasifica los estados depresivos de la siguiente manera:

- Trastorno depresivo mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaníaco
- Trastorno bipolar
- Trastorno inducido por sustancias
- Trastorno debido a enfermedad médica
-

También clasifica la depresión, de acuerdo con su intensidad, en los siguientes tipos:

- *Depresión severa*: cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión, y estos le impiden realizar sus actividades de la vida diaria.
- *Depresión moderada*: cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión, y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.
- *Depresión leve*: cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión, y estos le exigen un esfuerzo extraordinario para realizar sus actividades de la vida diaria.

4.3.5 Ansiedad

La ansiedad es una experiencia universal, pero hay diferencias importantes entre la que experimenta cualquier persona sana y la angustia patológica.

Algunos autores opinan que esas diferencias estriban en los siguientes aspectos: a) los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad; b) la relación entre la intensidad de la reacción y el peligro; c) la persistencia o la terminación de la reacción cuando la amenaza ha desaparecido; d) la posibilidad de confrontar el peligro constructivamente a un nivel consciente (Castro, 2011).

La ansiedad patológica es una respuesta en forma de estrés ante ciertas situaciones de la vida cotidiana, el cual va acompañado por una sensación de malestar e inquietud, que se generaliza a la actividad diaria y empeora la condición dolorosa (Pérez-Pareja, y otros, 2004).

Cuando la ansiedad es patológica el sujeto no puede enfrentarse a situaciones de la vida diaria, porque identifica como vitales valores que dependen de las tendencias caracterológicas que él ha desarrollado en el curso de sus intentos para ganar seguridad.

Así por ejemplo, el individuo cuya forma principal de ganar seguridad es tener un dominio absoluto de las situaciones y de las personas, es susceptible de experimentar angustia o ansiedad cuando una determinada situación o persona escapan de su control. En este caso, el dominar es un valor vital.

Los conflictos en esas personas son constantes y persistentes, lo que las hace particularmente vulnerables ante ciertas situaciones externas, que actúan como estímulos activadores de conflictos pasados más profundos.

4.4 Criterios para la selección de artículos

4.4.1 Criterios de inclusión

- Artículos completos encontrados en Internet o artículos que abarcaban los últimos doce años y el período del estudio obtenidos en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social.
- Publicaciones relacionadas con calidad de vida en pacientes con fibromialgia, depresión y ansiedad.
- Artículos relacionados con la prevalencia de fibromialgia, depresión y ansiedad.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Debido a la limitación económica del investigador, se excluyeron los artículos que requerían un costo para tener acceso a ellos.
- También se excluyeron todos los artículos en idiomas que no fueran el español o el inglés.

4.4.3 Artículos encontrados según nivel de evidencia

Según su nivel de evidencia se seleccionaron 30 artículos, los cuales fueron clasificados de la siguiente manera: uno del nivel Ib, dos del nivel IIa, uno del nivel IIb, siete que corresponden a casos y controles, y diecinueve que son artículos.

A continuación se detalla la clasificación empleada y el número de criterios encontrados, según nivel de evidencia y su relación con los objetivos específicos.

Tabla 1: Calidad de la evidencia y grados de recomendación (febrero, 2012)

Clasificación del artículo	Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Artículos indagados		
			Calidad de vida y fibromialgia	Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia	Total
Metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorios.	A	IA	0	0	0
Ensayo clínico controlado aleatorio.		Ib	1	0	1
Estudio prospectivo controlado bien diseñado no aleatorio.	B	IIa	1	1	2
Estudio cuasi-experimental bien diseñado (antes y después).		IIb	0	1	1
Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados: comparativos, correlación y casos y controles.		III	Casos y controles 3 Otros 10	Casos y controles 4 Otros 9	Casos y controles 7 Otros 19
Documentos y opiniones de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.	C	IV	0	0	0
Total			15	15	30

Fuente: Marzo Castillejo M, Viana Zulaica C. Calidad de la evidencia y grados de recomendación. Guías clínicas. 2007; 7Supl 1:6. www.fisterra.com

4.4.4 Procedimientos de búsqueda bibliográfica

Fase 1: Recopilación

- Se realizó una búsqueda inicial, en Internet, de artículos relacionados con el tema, así como de fuentes de producción de artículos.
- Seguidamente se realizó una búsqueda bibliográfica direccionada y focalizada en las bases de datos de Pubmed, Medline y MD Consult.
- Posteriormente se visitó el BINASSS, con una selección de referencias para obtener los artículos completos.
- En esta etapa de la búsqueda el investigador disponía de ciento cuarenta referencias bibliográficas.
- Se realizó una lectura inicial de cada artículo y para ello se utilizó una matriz que ayudara a sintetizar la información.

Fase 2: Análisis de la evidencia

- En primer lugar, los artículos indagados se incluyeron en una matriz de análisis.
- Posteriormente se utilizó la “Guía clínica de calidad de la evidencia y grado de recomendación” (Marzo M, 2009), para clasificar cada artículo según el tipo de estudio y el nivel de evidencia (como se muestra en el anexo).
- Después se analizaron los niveles de evidencia y la pertinencia de los artículos.
- Luego se seleccionaron los treinta artículos que son analizados en el presente trabajo de investigación.
- En seguida se realizó el estudio y se redactó la discusión de los resultados según las categorías de análisis.
- Por último se plantearon las conclusiones y las recomendaciones.

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presentación de los siguientes resultados y su discusión se ordenaron de acuerdo con el nivel de evidencia y de significación estadística, según cada uno de los objetivos de investigación planteados.

5.1 Calidad de vida en pacientes con fibromialgia

En este apartado se incluyó un total de quince artículos, de los cuales uno tiene nivel de evidencia Ib, tres son artículos de casos y controles y once de evidencia IIIa.

A continuación se exponen los principales resultados encontrados.

Romero, Sáenz, Valls y Viñolas (2002) realizaron, en Barcelona, un ensayo clínico comunitario con asignación aleatoria, en el que incluyeron a 65 pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos de fibromialgia, según el American College of Rheumatology, asignados aleatoriamente a los grupos de intervención y control.

Inicialmente se les aplicó un cuestionario para conocer variables sociodemográficas y de tratamiento, además de los test Nottingham Health Profile (NHP) y Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MNP).

El grupo de intervención participó en cuatro sesiones de educación en salud, de una hora de duración cada una, en intervalos de una semana. Un mes después de la intervención se les volvió a administrar el NHP a todos los que participaron en el estudio, y además se recopiló la asistencia al servicio de salud tres meses antes y tres meses después de la intervención.

Entre los resultados obtenidos se destaca que el 92,3% de las pacientes tomaba tratamiento farmacológico relacionado con la FM, que el tiempo promedio de evolución de los síntomas fue de once años y que el promedio de visitas al centro de salud fue de 8,2% al año. Entre las variables demográficas se encontró que el 78% de las pacientes eran casadas, y que solo el 38% de ellas trabajaba fuera del hogar.

El 62,5% tenía baja escolaridad, y en esta había predominio de los estudios primarios incompletos. Llama la atención que el 46,2% de las pacientes realizaba actividad física de manera habitual.

Con respecto al uso de medicamentos, los que más se utilizaban, en orden de frecuencia, eran los analgésicos, los ansiolíticos, los antidepresivos y los miorrelajantes.

VARIABLES como el dolor, las alteraciones en el sueño, la disminución de la energía y las alteraciones en las emociones y en las relaciones sociales se reportan como los principales factores que afectan la calidad de vida, de acuerdo con la escala de NHP. Cuando se realizó la intervención, el principal factor que tuvo una mejoría significativa fue el dolor. No así el resto de los indicadores.

Se demuestra que un elemento importante en el manejo de la FM es la educación sanitaria, la cual produce modificaciones en la percepción de la salud y en la calidad de vida de las pacientes. Por consiguiente se puede concluir que, si se aumenta el conocimiento de la FM, se empodera a las pacientes en el cuidado de la enfermedad, y se consigue una disminución en el uso de los recursos del sistema de salud.

Con un nivel de evidencia Ia, Amaro, Martín, Antón y Granados (2006) realizaron un estudio sobre la calidad de vida en pacientes con FM, en el cual se aplicó una intervención psicológica de tipo cognitivo conductual, con diez sesiones de hora y media de duración cada una. En ellas se entrenó a los pacientes en el aprendizaje de las estrategias cognitivo-conductuales para afrontar la enfermedad.

Previamente se había realizado una entrevista para analizar las variables sociodemográficas y se habían aplicado diferentes cuestionarios para valorar la personalidad, los estados de ánimo, la ansiedad y la calidad de vida de las pacientes. Para identificar esas variables se utilizó el NHP.

La edad promedio de las pacientes era de 48 años y un gran número de ellas eran casadas. El 52% de las pacientes tenían dos hijos en promedio, el 53% tenía una educación primaria incompleta, el 24% tenía profesiones que implicaban un gran esfuerzo físico, como las actividades de limpieza, y el 50% de ellas se encontraban desempleadas o eran amas de casa. La duración de los síntomas de la enfermedad era, en promedio, de menos de 5 años.

En el cuestionario sobre la calidad de vida, los aspectos en los que se vieron más afectadas fueron la falta de energía, el dolor y las alteraciones en el sueño, aparte de que las pacientes cada vez experimentaban dolor más fuerte, más alteraciones emocionales, mayor aislamiento y menor movilidad física.

Las conclusiones relacionadas con los aspectos que más afectan la calidad de vida coinciden con los resultados previamente expuestos en el estudio de Romero y colaboradores (2002), según los cuales quedó demostrado que la FM es una enfermedad crónica que, con el paso del tiempo, va generando limitaciones en las esfera biológica

(falta de energía, dolor, alteraciones en el sueño), en el campo psicológico (depresión y ansiedad) y en la vida social.

Con un nivel de evidencia IIa, Sañuda, Galiano, Carrasco, Saxton y De Hoyo (2009) realizaron una investigación para valorar la respuesta autónoma y su influencia sobre la calidad de vida de las pacientes, tras la práctica de ejercicio durante unas veinte semanas.

Para este estudio se reclutó a 43 mujeres que cumplieran los criterios de diagnóstico del Colegio Americano de Reumatología, las cuales se distribuyeron en forma aleatoria en dos grupos: uno con pacientes que realizaron actividad física en forma regular dos veces por semana y otro grupo de mujeres que siguieron con sus tareas habituales durante toda la intervención. A ambos grupos se les aplicaron el FIQ y el SF-36, y un registro de la variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Después del test se obtuvieron mejoras significativas en la puntuación en el FIQ y el SF-36, en un promedio de veinte puntos menos en cada escala, en lo que se refiere a la función física y al dolor corporal. Este resultado coincidió con estudios previos en los que programas de ejercicio aeróbico habían mejorado las manifestaciones clínicas de las pacientes. Adicionalmente se encontró una mejoría no significativa en la actividad del sistema nervioso simpático y en el equilibrio vagal.

Con un nivel de evidencia menor, de tipo III, Burckhardt, Clark y Bennett (2001) realizaron en Estados Unidos y en Suiza un estudio descriptivo, con el fin de comparar las características demográficas, los síntomas, las estrategias para afrontar el dolor y la calidad de vida en tres grupos de pacientes con FM. En ese estudio participaron 343 pacientes, referidas de las consultas de atención primaria en las que habían sido diagnosticadas según los criterios del ACR, y luego completaron las escalas del FIQ, el inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida.

La población del estudio se dividió en tres grupos: uno de 20 a 34 años, otro de 35 a 54 años y otro de 55 a 64. En la indagación de las variables demográficas se determinó que la mayor parte de las pacientes eran casadas, que tenían un trabajo estable fuera del hogar y que se dedicaban principalmente a actividades de ventas o de la Iglesia. Solo un tercio de ellas se dedicaba a actividades profesionales.

Asimismo, Arnold, Hudson, Hess, Ware, Fritz, Auchenbach, Starck y Keck (2004) realizaron en Cincinnati un estudio descriptivo sobre la participación de la

familia, la sensibilidad al dolor y la repercusión de la FM en la familia en torno a los principales trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad).

Se seleccionaron dos grupos de pacientes: el primero con pacientes con FM y el segundo con pacientes con artritis reumatoidea (AR) que nunca habían sido diagnosticados con FM. Se recogió la información de 533 familiares de pacientes con FM, y de 272 familiares de 40 pacientes con AR. En todos los casos se realizaron entrevistas clínicas de psiquiatría estructurada, siguiendo los pasos del DSM-IV. Además se utilizó una entrevista familiar para realizar estudios genéticos.

En este estudio se plantearon tres hipótesis: a) que la FM es aprendida en la familia, b) que la experimentación de dolor es mayor en familiares con FM que con AR y c) que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que involucra en forma importante a la familia.

Entre las variables demográficas se evidenció que no había diferencias significativas entre ambos grupos, que todos los pacientes con FM eran mujeres, y que en su mayoría eran de raza blanca y estaban casadas. La prevalencia de la FM en los familiares fue de un 6,4%, con una asociación de 0,02.

Los resultados de este estudio indican que la FM y la reducción de los umbrales de dolor se observan con más frecuencia si algunos de los familiares presentan FM, además de que los estados de ánimo se correlacionan con una mala dinámica familiar.

Se encontró que esos hallazgos tienen importantes implicaciones teóricas, y la posibilidad de que los factores genéticos estén involucrados en la etiología de la FM y su respuesta al dolor. Además, los trastornos del estado de ánimo y la FM pueden compartir algunos de los factores heredados, lo cual apoya una de las hipótesis del origen de la FM, que considera que esta es parte del espectro de los trastornos del estado del ánimo.

Rojas, Zapata, Anaya y Pineda (2005) realizaron un estudio descriptivo sobre las características clínicas, los indicadores de calidad de vida y las comorbilidades que predicen la calidad de vida. Esta investigación se llevó a cabo en Colombia, con un total de 98 pacientes diagnosticadas según los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Por medio de una entrevista se evaluaron los datos demográficos, los hábitos y el uso de medicamentos. Las comorbilidades evaluadas fueron la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la depresión. La calidad de vida se evaluó mediante el FIQ-36 y el SF-36, aplicando modelos de regresión lineal por análisis de variancia.

Entre los resultados se encontró que 95 de las pacientes eran mujeres, con una edad promedio de 49 años. Los principales síntomas fueron dolores, fatiga, cefalea y rigidez matinal. La depresión fue la comorbilidad más frecuentemente encontrada, seguida de dislipidemia, hipertensión, hipotiroidismo y Diabetes Mellitus.

Entre los medicamentos más utilizados para combatir el dolor se encontró que los antiinflamatorios no esteroideos eran utilizados por el 87% de las pacientes, seguido por los antidepresivos. Llama la atención que el 80% de ellas controlaba sus síntomas solo con acetaminofén y solo el 20% utilizaba algún opioide para el control del dolor.

En la aplicación del FIQ-36 el puntaje promedio fue de 60,47 puntos. Entre los síntomas destacan la fatiga, el malestar al levantarse y el dolor. En la utilización del SF-36 se encontró que las variables de vitalidad y actividad física eran las áreas que más resultaban afectadas.

Se destaca que los pacientes con FM presentaban indicadores de mala calidad de vida y que la depresión era la comorbilidad que más los afectaba.

En el mismo estudio se evidencia que las mujeres jóvenes perciben de forma diferente la FM. A pesar de que tienen poco tiempo con el diagnóstico de la enfermedad, perciben su calidad de vida peor que las pacientes de mayor edad, responden a las preguntas en una forma catastrófica en lo que se relaciona con los trastornos en el estado de ánimo, además de que tienen una peor dinámica familiar. Esto se puede deber a que esas pacientes se encuentran en una etapa de la vida en que están consolidando sus relaciones de pareja y haciéndole frente a la crianza de niños pequeños. Por eso tienen una peor visión, a futuro, de su enfermedad.

Ofluogu, Berker, Güven, Canbular, Tomi y Kayahn (2006) realizaron un estudio de casos y controles sobre la calidad de vida en pacientes con FM y con AR, y la influencia de esas patologías sobre la función psicológica y funcional. Se incluyó a 62 pacientes con FM y a 60 pacientes con AR, diagnosticados según los criterios de la American College of Rheumatology. A ambos grupos se les aplicó el Arthritis Impact Measurement Scale II (AIMSII).

Se prefirió utilizar esa escala en lugar del FIQ, por ser la que se aplica en un gran número de enfermedades reumatológicas y permite realizar la comparación de la calidad de vida.

Además, para las variables dolor, fatiga y trastorno del sueño se aplicaron la escala Beck Depression Index y la Escala Visual Analógica (VAS).

Se excluyeron los pacientes que tenían los diagnósticos de FM y AR en forma concomitante.

En el AIMSII se dividieron los resultados en tres componentes: la función física, el afecto y la interacción social.

En los resultados del estudio se evidenció que la edad promedio de las pacientes era de 42 años, con un margen de nueve años. Además, que en general los síntomas tenían una duración de siete años y que el 79% de las pacientes eran casadas, con un nivel económico de ingresos altos. En el nivel educativo, el 45% tenía educación primaria.

En las escalas analógicas del dolor y de trastornos del sueño, la puntuación promedio fue de 6 puntos (de diez) en ambas patologías. La FM es una de las causas de los trastornos del sueño. En las escalas de depresión, ambos grupos presentaron puntuaciones con depresión leve. En el ítem de calidad de vida, la función física (dolor, movilidad), la interacción social y los trastornos del afecto tuvieron un impacto igual en la FM y en la AR.

Se llega a la conclusión de que la FM es una de las enfermedades con más afectación en la calidad de vida, especialmente en los trastornos del sueño, inclusive más que en los pacientes con AR.

Las personas que padecen de FM se sienten cansadas y con más afectación en los trastornos de estados de ánimo. Pero en cuanto al dolor, los pacientes con artritis reportan dolores más intensos que los que presentan los pacientes con FM. A nivel global, estos últimos presentan una peor calidad de vida.

Birtane, Uzunca, Tastekin y Tuna (2006), por su parte, realizaron un estudio de casos y controles durante seis meses, en Turquía, para evaluar la calidad de vida en pacientes con FM y AR. Aplicaron el cuestionario SF-36 y el FIQ a 35 pacientes con AR, 30 pacientes con FM (utilizando los criterios del ACR) y también a un grupo de control compuesto por individuos sanos con características demográficas similares. En el estudio se compararon las variables demográficas y el nivel de la calidad de vida.

Entre los resultados se determinó que la edad promedio de los pacientes con FM era de 47 años, y la de los pacientes con AR, de 49 años. En su gran mayoría se trataba de amas de casa, casadas. Unas 49 mujeres tenían un nivel educativo de primaria, y unas 10 mujeres tenían educación universitaria completa.

En cuanto a la calidad de vida, las pacientes de AR tenían una afectación mayor que las de FM y que las del grupo de control, tanto en las esferas de funcionamiento físico, dolor y salud mental, como en lo que se refiere a socialización y vitalidad. Se encontró una diferencia promedio de hasta 10 puntos entre los grupos.

La relación de la FM y el SF-36 revela que los subítems de calidad de vida la hacen una enfermedad más compleja de manejar, debido a que los trastornos del estado de ánimo, en especial la depresión y la ansiedad, contribuyen a que las pacientes tengan una peor percepción de su calidad de vida.

En la investigación se llegó a la conclusión de que la FM no solo causa dolor crónico y fatiga como otras enfermedades, sino que también causa trastornos cognitivos, alteraciones en el patrón de sueño, ansiedad y depresión, lo que hace que los pacientes, en forma global, perciban una peor calidad de vida que con cualquier otra enfermedad.

Salido, Navarro, Judez y Hortal (2007) realizaron un estudio descriptivo sobre los factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con FM, en el cual los autores se plantearon como objetivo conocer las variables sociodemográficas, clínicas y laborales que se relacionan con los procesos de incapacidad temporal en pacientes con FM.

En el estudio se incluyó a 51 mujeres diagnosticadas con FM según los criterios del Colegio Americano de Reumatología. A ellas se les levantó una historia clínica, en la cual se incluyeron variables sociodemográficas y antecedentes de enfermedad psiquiátrica o de FM, además del FIQ-36 y el número de días que estuvieron incapacitadas.

En el momento del estudio se encontró que 19 pacientes estaban de baja laboral, que su edad promedio era de 45 años, que la mayoría desempeñaba puestos de trabajo que requerían esfuerzo físico y que muchas de ellas no tenían trabajo fijo. Además, su nivel educativo era bajo y, en general, experimentaban un elevado grado de insatisfacción laboral. La duración promedio de la enfermedad era de cinco años.

Así mismo se reportó como un factor desencadenante el trauma emocional en el 53% por ciento de las pacientes, en las que este tenía una especial relevancia en comparación con conflictos laborales o con cirugías.

Se evidenció que ese grupo de mujeres experimentaba un bajo nivel de satisfacción laboral, al verse rechazadas por sus compañeros debido a la cantidad de

días de incapacidad. Y que se veían más afectadas al no entender la causa de su enfermedad ni por qué no mejoraban sus síntomas con los tratamientos.

Las pacientes consideraron el dolor como uno de los síntomas más incapacitantes, seguido de la astenia y, en menor medida, el resto de los síntomas.

Los tratamientos no suelen influir en la duración de la discapacidad, pero se encontró una relación estadística entre la ausencia de respuesta a Inhibidores de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y la situación de incapacidad temporal, lo que indica que la respuesta a la terapia con ISRS favorece de alguna forma la capacidad del paciente para desempeñar su trabajo. Entre los síntomas que predicen mayor discapacidad se encuentran el sueño no reparador y el haber realizado una actividad desgastante.

Se estima que la FM causa una disminución entre el 25% y el 30% de la capacidad laboral. Se ha visto que las mujeres que tienen un trabajo fuera del hogar perciben un mejor estado de salud en relación con el dolor y la fatiga. Se establece que un adecuado programa con terapia física, tratamiento del dolor y reeducación del paciente puede favorecer su reincorporación al mundo laboral.

Kashikar-Suck, Lynch, Slate, Graham, Swain y Noll (2008) realizaron un estudio descriptivo sobre cómo los factores familiares y las emociones juegan un papel en el rol de adaptación de los jóvenes que padecen FM, para lo cual se incluyó a 47 pacientes con FM y a sus padres. Ese grupo se comparó con 46 pacientes que no presentaban ninguna enfermedad.

La comparación se realizó mediante la aplicación de una serie de cuestionarios divididos en tres grandes áreas. Para estudiar la percepción que los adolescentes tienen de la FM se utilizaron el Children's Depression Inventory, el Child Behavior Checklist, el Self-Perception Profile for Adolescent y el Modified Fibromyalgia Impact Scale for Children; para evaluar el funcionamiento materno se aplicaron el Parent Pain History Questionnaires y el Symptom Checklist-90 Revises; y para valorar la función familiar se utilizó el Family Environment Scale (FES).

Como variables demográficas se determinó que el promedio de edad de esos adolescentes era de 14 años, que los padres tenían educación técnica, y que, en su gran mayoría, los pacientes eran mujeres, en una relación de nueve a uno, con predominio de la etnia blanca.

Los adolescentes con FM presentaban una menor tolerancia al dolor y a la frustración. Las madres, por su parte, presentaban condiciones de aumento en los síntomas depresivos y una pobre relación con sus esposos. Además, los adolescentes provenían de familias en las que se generaba una gran cantidad de conflictos, y se caracterizaban por tener una pobre organización familiar y bajos niveles de cohesión y adaptabilidad.

Los hallazgos de este estudio proporcionan una base para el desarrollo de terapias que permitan atender no solo a los pacientes con FM sino también a su familia, es especial si en algunos de los miembros se observa comorbilidad psiquiátrica.

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) ha demostrado ser una intervención adecuada para reducir la sintomatología de dolor, la discapacidad y la depresión en pacientes con FM. Sin embargo, no hay datos concluyentes de que los resultados de esta terapia sean efectivos a través del tiempo, ya que el entorno familiar y el comportamiento de los miembros de la familia tiene un impacto en los efectos de TCC. Un aspecto importante de la intervención es evitar un largo ciclo de terapia, para así no aumentar la angustia y la discapacidad que pueden percibir esos pacientes.

Torre, Martín, Callejo, Gómez, La Torre, Esteban y Vallejo (2008) realizaron un estudio descriptivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud y las estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento de dolor. En el estudio describieron las diferentes patologías de dolor crónico, no maligno, de los pacientes que acudían por primera vez a una unidad de tratamiento de dolor a lo largo de seis meses. Con ello pretendían conocer los cambios en la calidad de vida, la intensidad del dolor, las estrategias de afrontamiento y la ansiedad/depresión durante ese lapso, para lo cual administraron los cuestionarios SF-36 de afrontamiento, ansiedad y depresión (de Hamilton) y la escala visual analógica.

La muestra incluyó un total de 119 pacientes, de los cuales solo 93 habían completado los cuestionarios a los seis meses. La muestra la componían 74 mujeres y 45 hombres. La edad media era de 55,12 años, y el rango de edades oscilaba entre los 26 y los 82 años, con una mayor proporción de pacientes a partir de los 60 años. Los pacientes informaron que la duración de su dolor fue de 95 meses en promedio y la intensidad media del dolor fue de EVA=5,13.

Analizando las variables del SF-36 se comprobó que todas las áreas mejoraron al cabo de seis meses, excepto el rol emocional. Esta mejoría en la calidad de vida se aprecia en el rol físico, dolor corporal, vitalidad y puntuación física global.

En relación con las estrategias de afrontamiento del dolor, las más utilizadas son la autoafirmación y la búsqueda de información. La disminución de la intensidad del dolor se correlaciona positivamente con un mayor uso de las estrategias de búsqueda de información y un afrontamiento activo, así como la disminución en la sintomatología de la ansiedad y de la depresión se correlaciona con un aumento en el uso de estrategias de autocontrol.

Los pacientes refieren una mejoría en varios aspectos de su calidad de vida al cabo de seis meses de ser atendidos en la unidad de tratamiento del dolor. Perciben una disminución en el grado en que la salud física interfiere en su trabajo y en otras actividades diarias, así como un descenso en la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. También aumenta la sensación de mayor energía y vitalidad, frente al cansancio y el agotamiento. Asimismo perciben una mejoría en la salud mental general, incluidos los síntomas de depresión y ansiedad, el control de la conducta y el bienestar general.

Martin, Chandran, Zografos y Zlateva (2009) realizaron un estudio descriptivo sobre el impacto de la FM en los trastornos del sueño en personas que padecen esa enfermedad. El trabajo tuvo lugar en Carolina del Norte, Estados Unidos. En él se incluyó a 20 adultos, de los cuales 13 eran mujeres con una edad promedio de 50 años. Todos ellos llenaron la escala visual analógica de la calidad de sueño y el cuestionario MOS-Slep.

Se reporta consistentemente que la FM tiene un impacto debilitante en la vida y en la calidad del sueño de los pacientes, a quienes se les dificulta conciliar el sueño y permanecer dormidos. Se documenta que esos pacientes no son capaces de experimentar un sueño reparador, lo que se traduce en un cansancio mayor durante el día. Además sufren de ansiedad al saber que, aunque se sienten cansados, no van a lograr levantarse completamente descansados, lo cual tiene un impacto negativo en su calidad de vida.

En un estudio descriptivo, Silverman, Sadosky, Evans, Yeh, Alvir y Zlateva (2010) se propusieron caracterizar la gravedad de los síntomas de la FM desde la perspectiva de los individuos, y determinar si en la percepción de los pacientes la gravedad es algo más que su dolor. Para ello reclutaron a 129 pacientes, los cuales

completaron un cuestionario en el que evaluaron la severidad de su FM (muy leve, leve, moderada y grave), la intensidad del dolor y la extensión de la interferencia del sueño en la enfermedad: leve (de cero a tres), moderada (de cuatro a seis) y grave (de siete a diez). También se incluyó información (sí/no) sobre la presencia de comorbilidades (síntomas de los trastornos del sueño, depresión, ansiedad, dolor de espalda, dolor en el cuello) y el uso de medicamentos para combatir la FM.

Los principales síntomas de la FM fueron estratificados para ayudar a la caracterización del paciente. El análisis de la varianza (ANOVA) fue utilizado para explorar la relación entre la percepción subjetiva de la gravedad de la FM y las variables continuas (intensidad del dolor e interferencia del sueño). El análisis de Mantel-Haenszel se utilizó para evaluar la proporción de pacientes con tendencia a informar acerca del uso de medicamentos y de los síntomas principales de FM según la severidad de la enfermedad.

Para complementar la información dada por el paciente de FM sobre la gravedad y comprender las perspectivas de los médicos, se realizó una encuesta entre 28 especialistas médicos (de Reumatología, Neurología, Anestesiología/manejo del dolor, Medicina Familiar, Medicina Interna y Psiquiatría) para determinar lo que se evaluó a la hora de analizar la gravedad de la FM en la práctica clínica.

La población de 129 pacientes con FM fue predominantemente femenina, con una relación de nueve a uno. La edad promedio fue de 49,4 años, con una varianza de once años. El 81,4% de ellas reportó una duración de la enfermedad mayor o igual a dos años. La percepción subjetiva de la gravedad de la FM fue de moderada a severa en el 86% de las pacientes, con una puntuación media del dolor de 6,4 puntos (moderado). La puntuación media de la interferencia del sueño fue de 7,28 (grave).

La severidad de la FM se asoció significativamente con mayores niveles de dolor en el momento del estudio y con la interferencia del sueño ($p < 0,0001$).

El dolor, la incapacidad funcional y la gravedad de la fatiga fueron señalados como los principales criterios de la más alta proporción por parte de los médicos al evaluar la gravedad de la FM.

Cuando se da una mayor percepción subjetiva de la gravedad de la FM, los pacientes tienen mayor dolor y más interferencia del sueño, así como un aumento en la frecuencia de las comorbilidades principales.

En un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de la FM, realizado por Perrot, Vicaut, Servant y Ravaud (2011) en las cinco regiones de Francia, se contactó por teléfono a 600 sujetos, de los cuales solo 232 aceptaron participar en el estudio. A estos se les pasó una encuesta telefónica para detectar quiénes eran potencialmente portadores de la FM, 87 rechazaron que los valorara un especialista. Además se retiraron 49 más, que no completaron el cuestionario, con lo que quedó un total de 96 pacientes que sí acudieron a su cita. En esta se confirmó el diagnóstico en 20 sujetos, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, y se estima que la prevalencia de la FM está en alrededor del 1,6% de los casos. A esos 20 pacientes se les aplicaron las escalas SF-36, la escala regional del dolor, la escala visual analógica del estrés y el cuestionario de comorbilidades.

McDonald y Da Costam Ulman (2011) realizaron un estudio descriptivo de los efectos de dolor de espalda, la artritis y la FM en la calidad de vida y en la productividad laboral. Para ello utilizaron información tomada de la base de datos del US National Health and Wellnees Survey. Se encontró a 30.868 trabajadores con un rango de edad entre los 20 y los 64 años, de los cuales 2670 presentaban artritis, 4920 dolor de espalda, y 439 fueron diagnosticados con FM.

Entre los resultados de ese estudio se encontró que los pacientes que presentaban AR y FM reportaban niveles más altos de insatisfacción laboral que los que padecían cualquier otro tipo de dolor, situación que producía una disminución en su productividad laboral.

Además se comprobó que los pacientes con FM tenían más de quince días por año de incapacidad por el concepto de dolor, en comparación con los siete días por año de los pacientes con AR. No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a la percepción de la calidad de vida.

La FM es una enfermedad estrechamente relacionada con trastornos psicológicos y psiquiátricos. Los más frecuentes son la ansiedad y la depresión, patologías que, al asociarse con esa enfermedad, la agravan y la cronifican de una forma irremediable. El mecanismo etiopatogénico de dicha asociación no está bien demostrado, pero entre las numerosas causas que se han señalado destacan el mecanismo de estrés crónico, el dolor crónico, la frustración personal (tanto dependiente como independiente de la enfermedad), la automedicación, el retraso del diagnóstico y la falta de eficacia de los tratamientos.

Asimismo, los problemas laborales y del entorno sociofamiliar influyen negativamente en el estado anímico del paciente, el cual puede verse abocado a la automedicación, ya sea para paliar el dolor que sufre, para tratar otros síntomas asociados a él (como los trastornos del sueño) o para intentar sobrellevar esos sentimientos de desesperanza, culpabilidad y desesperación.

5.2 La calidad de vida de los pacientes con fibromialgia y su prevalencia con la depresión o la ansiedad

En este apartado se analizó un total de dieciséis artículos, los cuales fueron divididos en dos grupos: el primero se relaciona con pacientes que presentan depresión asociada a la FM, y el segundo con pacientes de FM que desarrollan depresión. De los dieciséis artículos, uno es de evidencia IIa, uno de evidencia IIb, cuatro de casos y controles y once de evidencia IIIa.

A continuación se exponen los principales resultados de la investigación, según su nivel de evidencia.

Raphael, Janal, Nayak, Schowitz y Gallagher (2004) realizaron un estudio IIa basado en la comunidad, para poner a prueba dos hipótesis acerca del origen de la FM en las familias: la primera hipótesis sostiene que la FM es un trastorno del espectro de la depresión, y la segunda, que la depresión es una consecuencia de vivir con la FM.

El primer paso fue entrevistar telefónicamente a mujeres del área de Nueva York y Nueva Jersey, con el propósito de identificar a pacientes con FM y trastorno depresivo mayor, posibles candidatos a participar en el estudio. Al final de esa parte se seleccionó a 782 pacientes y a sus familiares en primer grado, quienes fueron sometidos a un examen de salud. Del total, solo 158 cumplían con los criterios del ACR para ser diagnosticados con FM. Asimismo, a 481 entrevistados de los que no tenían FM se les realizó una consulta psiquiátrica.

Los sujetos del estudio se dividieron en cuatro grupos, con base en sus diagnósticos de FM y trastorno depresivo (TD): pacientes con TD+/FM+ (156); pacientes con FM+/TD- (101); pacientes con FM-TD+ (351); y pacientes con FM-/TD- (101).

Los resultados indican que las tasas de trastorno depresivo mayor en los familiares de sujetos con FM pero sin antecedentes personales de trastorno depresivo, eran prácticamente idénticas a las tasas de trastorno depresivo mayor en los familiares

de los sujetos con trastorno depresivo mayor. Este resultado es consistente con la hipótesis de que la FM es un trastorno del espectro de depresión, en el que la FM y el trastorno depresivo mayor se caracterizan por los factores de riesgo compartidos.

Una explicación más probable (de acuerdo con las altas tasas de factores de estrés reportados entre las personas con FM) es que la fibromialgia y el trastorno depresivo mayor tienen una predisposición genética, o la vulnerabilidad biológicamente mediada para responder al estrés o a eventos traumáticos y a síntomas psicológicos y al dolor relacionado.

Bigatti, Hernández, Cronan y Rand (2008) realizaron un estudio descriptivo con un nivel de evidencia IIb, de un año de seguimiento sobre los trastornos del sueño en la FM y su relación con el dolor y la depresión. Los pacientes diagnosticados con fibromialgia fueron reclutados en una organización de mantenimiento de la salud del sur de California y evaluados de acuerdo con los criterios del ACR en el laboratorio de investigación.

De esos pacientes, 600 completaron la evaluación inicial y 492 completaron la evaluación de un año. Las medidas aplicadas incluyeron la escala de depresión del Centro de Estudios, el Cuestionario de Dolor de McGill, el Pittsburgh Sleep Quality Index y el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia.

Entre los resultados se observó que la mayoría de la muestra (96% al inicio y 94,7% luego de un año) puntuó para problemas relacionados con el sueño. El análisis Path examinó el impacto de los valores basales en los valores de un año para cada una de las cuatro variables. Se pudo constatar que ninguna variable de interés predijo la alteración en el sueño, que la mala calidad del sueño predijo el dolor y que el dolor y el mal funcionamiento físico predijeron una mayor tasa de depresión.

Los resultados también destacan la alta prevalencia de trastornos del sueño en la población con FM y sugieren que esos trastornos juegan un papel crítico en la exacerbación de los síntomas de la enfermedad. Por otra parte se sugiere que la calidad del sueño puede estar relacionada con la depresión a través de una mayor expresión del dolor y un peor funcionamiento físico.

A continuación se exponen los resultados con nivel de evidencia III.

Pérez, Borrás, Palmer, Sesé, Molina y Gonzalvo (2004) realizaron en España un estudio de casos y controles sobre la FM y las emociones negativas, con el objetivo de

corroborar la relación de la FM con la ansiedad y la depresión, y de verificar si los pacientes de FM presentan un perfil específico en la manifestación de esas patologías.

Para realizar el estudio se crearon tres grupos: el primero de 36 pacientes con diagnóstico de FM, el segundo de 44 sujetos con dolor crónico no de FM y el tercero de 34 pacientes sin dolor. El diagnóstico de FM se realizó según los criterios de la ACR, y para la evaluación psicológica de los pacientes se aplicó el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, además del inventario de depresión de Beck.

En los resultados no se encontraron diferencias significativas de depresión en los tres grupos estudiados, por lo que se establece que la depresión puede preceder o acompañar a la FM, aunque no constituye un factor implicado en la etiología del síndrome. Se destaca que la relación entre la FM y las depresiones bien puede ser una cuestión de comorbilidad, o también que el estado de ánimo deprimido puede ser una consecuencia de la FM.

Se estableció también que en la FM el estado de ánimo deprimido podría ser consecuencia de las interferencias del dolor y de otros síntomas del síndrome en la vida cotidiana. Tal es el caso de la fatiga persistente, que impide poder realizar las actividades que hasta el momento habían sido habituales, así como la anticipación del dolor, que produce inhibición comportamental con el mismo resultado.

Por otra parte, si la depresión no es una causa sino una consecuencia de la FM, da lugar a la elaboración de programas específicos para prevenir la depresión en dicho trastorno.

Es importante señalar la posibilidad de que la depresión en pacientes con FM obedezca al modelo de indefensión aprendida, sobre todo teniendo en cuenta que esa enfermedad se caracteriza precisamente por el desconocimiento general de su etiología. Es decir, no hay una patología orgánica que la explique, lo que sitúa al paciente en una posición de incertidumbre ante la que poco o nada puede hacer.

Thieme, Dennis, Turk y Herta (2004), en un estudio descriptivo de la comorbilidad de depresión y ansiedad en la FM y su relación con las variables somáticas y psicosociales, evaluaron la prevalencia de predictores de la enfermedad del eje I y II del DSM-IV. Ese estudio fue realizado en Berlín, Alemania.

A 115 de los pacientes con FM se les aplicó la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, con el propósito de evaluar los trastornos mentales presentes en ese momento. Además, los pacientes completaron cuestionarios estandarizados acerca del

dolor, el impacto del dolor, la ansiedad, la depresión, el trastorno del estrés postraumático y el abuso sexual y físico. Los pacientes fueron agrupados en uno de los tres subgrupos psicosociales, sobre la base de respuestas a la escala Multidimensional Pain Inventory (MPI), a la Disfuncional (DYS), a la Interpersonalmente apenado (ID) y a la de Adaptación Copers (AC).

Se encontró que los diagnósticos del Eje I estuvieron presentes en el 74,8% de los participantes en general. En el subgrupo DYS se informa principalmente de la ansiedad y de los trastornos del grupo de identificación del estado de ánimo. El grupo AC mostró un poco de la comorbilidad. Los diagnósticos del Eje II estaban presentes en solo el 8,7% de la muestra de FM.

Estos resultados sugieren que la fibromialgia no es un diagnóstico homogéneo, sino que muestra proporciones variables de comorbilidad. La ansiedad y la depresión dependen de las características psicosociales de los pacientes. Los resultados demuestran la importancia del no tratamiento de pacientes con FM como un grupo homogéneo. La evaluación no solo debe examinar la presencia de dolor generalizado y el número de puntos sensibles, sino también la presencia de malestar afectivo. Es decir que el tratamiento debe centrarse tanto en la disfunción física como en la emocional.

Pagano, Akemi, Alves, Pasqual y De Braganca (2004) realizaron un estudio descriptivo de casos y controles, en el que se evaluó el nivel de calidad de vida y la ansiedad en pacientes con FM. Se realizó en el Hospital Universitario de Sao Paulo. En él se incluyó a 80 pacientes, que se dividieron en dos grupos: uno con 40 mujeres diagnosticadas con FM y otro con 40 mujeres sanas. Se utilizaron tres cuestionarios: dos para evaluar la calidad de vida (FIQ y el SF-36) y uno para evaluar la ansiedad (STAI).

Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p=0,000$), lo que indica que los pacientes con fibromialgia presentan una peor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad. Las correlaciones entre los tres cuestionarios fueron altas ($r=0,9$).

Se ha confirmado la eficacia de la FIQ para evaluar el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida. La SF-36 es menos específica que la FIQ, aunque los valores estadísticamente significativos se obtuvieron cuando se analizaron por separado. STAI mostró una menor eficacia para discriminar el grupo de prueba del grupo de control. El grupo de prueba mostró una peor calidad de vida que el grupo de control, según fue demostrado por la FIQ y el SF-36.

A pesar de que STAI es un instrumento menos eficaz, presentó resultados significativos que muestran que los pacientes con fibromialgia experimentan niveles más altos de ansiedad, manifestados en mayores niveles de tensión, nerviosismo, preocupación, temor y una mayor propensión a la ansiedad.

Los tres instrumentos utilizados mostraron eficiencia en la evaluación de los pacientes con fibromialgia. Se encontró que FIQ era el instrumento más eficaz para discriminar y evaluar el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida, pues permitió llegar a concluir que esos pacientes tienen una peor calidad de vida y mayores niveles de ansiedad.

Ubago, Ruiz, Bermejo, Labry y Plazaola (2005) realizaron un estudio descriptivo sobre las características clínicas y psicosociales de pacientes con FM y la repercusión de esa enfermedad sobre sus actividades. Para ello contactaron vía telefónica a los pacientes que previamente habían sido diagnosticados con FM en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Ahí se obtuvo una muestra de 214 pacientes, a quienes se les aplicó un cuestionario de veintisiete preguntas (ocho abiertas y diecinueve cerradas), las cuales abarcaban áreas de características demográficas, clínicas, psicosociales, sanitarias y laborales.

En los resultados se encontró que el 92,1% de las personas entrevistadas eran mujeres, que la fibromialgia causó una baja laboral en el 34% de los casos, que el 64% de las pacientes percibía su salud como mala o muy mala y que la fibromialgia estaba asociada a otras enfermedades en un 52,3% de los casos. El médico de familia fue el especialista consultado antes del diagnóstico en el 92,1% de los casos.

En cuanto al tratamiento se observó que el 80% de los pacientes consumían en especial los AINES para el manejo de los síntomas y que el 51,5% de los pacientes realizaban actividad física de forma regular.

El 50,5% de las pacientes tenía antecedentes de trastorno psiquiátrico, y de ellas el 36,4% lo presentaba en el momento de la entrevista. Por otra parte, el 71% de la muestra recibía apoyo familiar, y el 70,1% de los casos mostraba un fuerte impacto del síndrome en su entorno.

Vale la pena señalar que, una vez que los pacientes saben que tienen FM, la ansiedad ante la incertidumbre de su diagnóstico desciende a niveles de normalidad. Se encuentra, además, que solo el 2,8% de los pacientes sin antecedentes de patología

mental presentan un trastorno en el momento del diagnóstico, lo que parece contradecir la hipótesis de que la FM pueda ser una patología puramente psiquiátrica.

Máñez, Fenolosa, Martínez y Salazar (2005) realizaron en Valencia, España, un estudio de casos y controles, con el fin de valorar la relación entre el trastorno depresivo, las alteraciones del sueño y la influencia del dolor en pacientes con FM. Para realizarlo se reclutó a 31 pacientes con el diagnóstico de FM según el ACR, y el resultado se comparó con el de 29 controles de características demográficas semejantes. A ambos grupos se les aplicó la subescala del sueño del Multiphasic Personality Inventory (MMPI) y el cuestionario de depresión de Beck. Además se les valoró el umbral de dolor mediante algómetro manual, tanto en puntos que definen la enfermedad como en puntos de control.

Entre los resultados de la investigación se encontró que la edad promedio de los pacientes con FM era de 45 años, con una duración promedio de la enfermedad de cinco años. En cuanto al umbral de dolor, los pacientes con FM presentaban sistemáticamente una tolerancia inferior al dolor, y las máximas diferencias se encontraban en los puntos de control.

Respecto de la calidad del sueño, los pacientes con FM la tenían peor que los pacientes del grupo de control y se les dificultaban todas las etapas: tanto conciliar el sueño y mantenerse dormidos como despertar realmente descansados, lo cual iba en forma proporcional a los puntos de dolor.

En la escala de la depresión se encontró que esta tendía a puntuar más alto en el grupo de pacientes con FM que en el grupo de control.

Aunque la depresión es el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en pacientes con FM, se ha llegado a cuestionar la influencia del dolor y de las alteraciones del sueño en la instauración o en la duración de la enfermedad.

Es interesante comparar este estudio con el de Aarón y sus colaboradores, en el cual se evidencia que, si el estudio estadístico se controla por el umbral del dolor y la escala de fatiga, las diferencias en el trastorno psiquiátrico no existen entre el grupo de pacientes con FM y el grupo sin FM. De ahí se concluye que los trastornos psiquiátricos no están intrínsecamente relacionados con el diagnóstico de FM, sino asociados con el grupo de pacientes que presentan más síntomas y que, por tanto, solicitan más atención y cuidados más estrechos.

Así se observa cómo se establecen múltiples relaciones entre los síntomas que definen la FM. Las alteraciones del sueño y la depresión acompañan al dolor y la fatiga, con lo que empeora más la calidad de vida de los pacientes. Por eso se considera de gran importancia la valoración individual de cada uno de los síntomas, mediante los instrumentos desarrollados, desde que aquellos comienzan a aparecer.

Gormsen, Rosenberg, Bach y Jensen (2009) realizaron en Dinamarca un estudio de casos y controles sobre depresión, ansiedad y calidad de vida, relacionado con la salud y el nivel de dolor en los pacientes con dolor crónico de FM y dolor neuropático. Se incluyó a 30 pacientes con dolor neuropático, 28 pacientes con FM y 26 pacientes sanos. A todos se les aplicaron varios cuestionarios: la lista de verificación de síntomas de ansiedad, la escala de depresión y ansiedad de Hamilton, el cuestionario de autoevaluación de depresión mayor y el inventario de clasificación de la ansiedad. La calidad de vida se evaluó con SF-36.

Los pacientes de FM que padecían de dolor crónico tenían significativamente niveles más altos de ansiedad y depresión que el grupo de control. Sin embargo, estos resultados fueron bajos en comparación con otros estudios sobre trastornos mentales. Solo unos pocos pacientes con dolor crónico cumplían los criterios de diagnóstico para la depresión (3,3% el NP, y 7,1% la FM). Y la relación entre el dolor y los síntomas mentales se encontró solamente en el grupo de FM, a pesar de que la intensidad del dolor era similar. Los hallazgos sugieren que los diferentes mecanismos son los causantes del desarrollo de los trastornos del estado de ánimo en los dos grupos de pacientes.

Un hallazgo importante en este estudio fue la correlación, en la FM, entre los síntomas mentales y la intensidad del dolor, aunque el mecanismo responsable de este efecto no está claro. Una explicación podría ser la diferente intensidad del dolor en los dos grupos, pero este no era el caso en este estudio.

Los pacientes con FM tienen una hiperexcitabilidad generalizada, posiblemente debido a una alteración en la serotonina y en la transmisión de la noradrenalina que provoca los síntomas mentales. Estos sistemas también pueden tener un efecto sobre el control del dolor, que desciende desde el tallo cerebral hasta la médula espinal, lo que explica la relación entre los síntomas mentales y el dolor en la FM. El estrés crónico debido al estrés del medio ambiente y a la vulnerabilidad genética puede ser un factor importante en el desarrollo y en la duración de la FM.

Aguglia, Salvi, Maina, Rossetto y Aguglia (2010) realizaron en Italia un estudio descriptivo sobre los síntomas depresivos y la FM. Incluyeron a 30 pacientes con el diagnóstico de FM según la ACR, a quienes les aplicaron la escala de depresión de Hamilton, la escala visual analógica del dolor y calidad de vida y la lista de Paykel para evaluar los eventos de la vida recientes.

La mayoría de los pacientes (83,3%) tenían síntomas depresivos clínicamente significativos, según la escala de depresión de Hamilton. Esos síntomas estaban relacionados con la mayor percepción del dolor, la peor calidad de vida y los acontecimientos vitales más graves.

La presencia de síntomas depresivos se relaciona con el deterioro en pacientes con síndrome de FM, ya que reduce el umbral del dolor y empeora su la calidad de vida.

Toshimitsu, Ezequiel, Helfenstein y Felman (2010) realizaron un estudio comparativo sobre la calidad de vida y las características clínicas y demográficas en hombres brasileños con diagnóstico de FM y depresión. Para ello reclutaron a 50 hombres con FM y a 20 con depresión, y a todos ellos les administraron los cuestionarios SF-36, el inventario de depresión de Beck y el cuestionario de ansiedad del State-Trait, además de que les midieron los niveles de testosterona libre y Dehydroandosteritona (DHEAS).

En el estudio se evidenció que los valores del SF-36 mostraban puntuaciones similares en todas las áreas. Solamente en las áreas de rol social y funcional el grupo con depresión puntuó más alto. Se evidenció, además, que los trastornos del sueño y la fatiga observados en pacientes con FM estaban íntimamente relacionados con la presencia de depresión y ansiedad

También se evidenció que los valores de testosterona y DHEAS en ambas patologías tenían niveles más bajos que en sujetos normales, lo que sugiere que las hormonas sexuales se encuentran en estrecha relación en la psicopatogénesis de la enfermedad, así como en la forma como esta se manifiesta.

Moreno, Namuche, Noriega, Vidal, Rueda, Pizarro y Vidal (2010) realizaron en Perú un estudio descriptivo sobre la sintomatología depresiva en pacientes con FM. En el estudio se incluyó a 55 pacientes diagnosticados con FM según los criterios de ACR, a quienes se les aplicó la escala de depresión de Hamilton.

Se determinó que la edad promedio de los pacientes era de 54 años, con un predominio del sexo femenino. El promedio de puntos dolorosos de FM fue de catorce.

Al aplicar la escala de Hamilton se estableció que 32,7% de los pacientes no presentaban ninguna sintomatología de depresión, el 27,7% puntuó para depresión leve, el 30,9% para depresión moderada y solo 9% presentó ánimo depresivo muy severo.

Llama la atención que cuantos más puntos dolorosos se encontraron en los pacientes, más alto era el puntaje de la escala de Hamilton. Entonces se llegó a la conclusión de que el número de puntos dolorosos tiene correlación con la intensidad de los síntomas, en particular con la ansiedad, la depresión, la fatiga y el insomnio, además de que la prevalencia de síntomas depresivos severos no es frecuente en la población de pacientes con FM.

Keller, De Gracia y Cladellas (2011) realizaron un estudio en España, con el objetivo de identificar un subgrupo de pacientes con FM a partir del uso del FIQ-36. Para ello reclutaron a un total de 66 mujeres, a quienes les hicieron un análisis de conglomerados jerárquicos de ítems seleccionados del FIQ.

Entre los resultados se logró evidenciar que en la FM hay dos grupos de pacientes bien definidos. El primero se caracteriza por presentar niveles elevados de fatiga, cansancio matutino, ansiedad y niveles altos de rigidez articular, dolor y síntomas depresivos. En el segundo predominan los niveles moderados de fatiga y cansancio matutino, con niveles moderadamente bajos de dolor y rigidez articular, junto a un nivel bajo de ansiedad.

Las comparaciones hechas en los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud entre los grupos de pacientes con FM mostraron que del grupo FM-Tipo I perciben una peor salud en todas las dimensiones. Las reacciones emocionales frente a la enfermedad y el aislamiento social fueron las dimensiones del NHP con un mayor tamaño del efecto y mayor porcentaje relativo de cambio.

Con respecto a las diferencias en las variables psicopatológicas, el grupo FM-Tipo I mostró más alteración que el grupo FM-TipoII, con una mayor gravedad e intensidad de los síntomas percibidos y un mayor número de síntomas psicopatológicos, independientemente de su gravedad.

González, Ortín y Bonillo (2011) realizaron en España un estudio descriptivo sobre la actividad física, la asistencia psicológica y los niveles de ansiedad y de depresión en mujeres diagnosticadas con FM. Para ello obtuvieron una muestra de 42 pacientes, en su mayoría amas de casa, que presentaban un rango de edad entre los 33 y los 71 años, con una media de 54. Todas las pacientes participaron en una de las tres

opciones siguientes: actividad física, consulta psicológica y una combinación de ambas. A todas las pacientes se les aplicó el State Trait–Anxiety Inventory, lo mismo que la escala de depresión de Beck. En el estudio también se evaluaron las variables personales y sociodemográficas.

Quizá el tratamiento de la fibromialgia no pueda orientarse hacia un solo método de intervención. Parece que la disminución de los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes con fibromialgia es más pronunciada cuando se combinan la actividad física con el abordaje psicológico, entendido este como un conjunto de estrategias terapéuticas. Estos datos se corresponden con lo que actualmente constata la evidencia científica ante los programas de actividad física como vehículo terapéutico dirigido a otras poblaciones ante los problemas de salud.

Los principales objetivos del tratamiento en la fibromialgia son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional y mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados. Teniendo en cuenta esto, un paciente bien informado acerca de su enfermedad, el pronóstico de esta y su tratamiento, está mejor preparado para enfrentarse a ella y minimizar sus consecuencias. Por tanto, es recomendable que, al comenzar a practicar alguna actividad física con un planteamiento terapéutico, las personas que sufren fibromialgia dispongan de información sobre la afectación positiva o negativa que puede ofrecerle la práctica del ejercicio adaptado a sus limitaciones. Esto les permitirá encontrar indicadores acertados para su propia autorregulación psicológica, que puedan ser entrenados mediante el trabajo psicológico.

Ángeles, López, Johnston, Gracia y Daza (2012) realizaron un estudio descriptivo sobre el manejo de la FM por parte de médicos de Atención Primaria. Su objetivo era identificar las creencias de los médicos acerca de la enfermedad, sus implicaciones mentales, su manejo clínico y su relación con el manejo de los pacientes. Para llevar a cabo la investigación se seleccionó a 208 médicos, que participaron en talleres de formación sobre la enfermedad y a quienes se les aplicó la escala “Brief Illnes Perception Questionarie”, además de medidas de autoeficacia clínica, conducta clínica y satisfacción con la atención de los pacientes.

En este estudio se consideró la FM como un problema importante, asociado a causas psicológicas, sobre el que hay poco control.

Los componentes de la representación mental permitieron predecir el manejo clínico, aunque con bajos porcentajes de varianza, apenas entre el 3% y el 11%, mientras que la autoeficacia clínica predijo la satisfacción en el manejo clínico entre el 45% y el 71%.

Desde el punto de vista de los pacientes, estos se ven expuestos a recibir tratamiento de médicos que no se sienten seguros en el tratamiento de la enfermedad, por lo que podrían encontrar insatisfactoria la atención que estos les brindan en las consultas. Las decisiones en cuanto a la medicación y a las pruebas de laboratorio son influidas por la percepción particular que los médicos tienen de la FM y esta varía entre ellos.

Si bien es cierto que en el año 1990 se identificaron los criterios para diagnosticar la FM, esta enfermedad aún sigue siendo muy subjetiva. Muchos de los profesionales de salud llegan incluso hasta a dudar de su existencia, debido a que se ven frustrados al no poder comprender el motivo del dolor y a que en un porcentaje alto los pacientes sufren de trastornos psiquiátricos. Por tal motivo, sería oportuno abrir espacios para la formación de los médicos y crear conciencia en ellos de la enfermedad, todo lo cual redundaría en beneficio de la atención de esos pacientes.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

1. La aparición de la sintomatología de la fibromialgia a edades tempranas está relacionada de manera muy estrecha con una reducción en la calidad de vida, debido, entre otras razones, a la aparición de limitaciones para llevar una vida normal, a respuestas tórpidas al tratamiento en comparación con pacientes de mayor edad, y a la aparición de otras comorbilidades como la depresión, las cuales van afectando poco a poco las actividades cotidianas y la interrelación del paciente con su núcleo familiar y social.
2. El apoyo familiar es un factor importante en la reducción de la sintomatología de la FM, ya que los pacientes que cuentan con el apoyo de su familia mejoran su calidad de vida, además de que experimentan una reducción del dolor.
3. La evaluación de los pacientes con FM debe tener un enfoque más integral, en el que se realicen valoraciones rápidas y concisas a nivel físico, psicológico y social, y en el que además se tome en cuenta la presencia de síntomas de ansiedad y depresión o trastornos depresivos propiamente dichos, ya que la combinación de estos factores incrementa el deterioro de la calidad de vida. Para lograr este propósito se puede hacer uso de instrumentos como el FIQ, el cual permite una valoración más objetiva de la enfermedad y elimina su parte subjetiva.
4. La depresión y las alteraciones en el sueño se suman al dolor y la fatiga, con lo que empeora la calidad de vida de los pacientes. Este complejo sintomático se desarrolla a lo largo del tiempo, por lo que se tiene que realizar una valoración individual de cada síntoma, utilizando los instrumentos específicos, con el fin de poder establecer estrategias de adaptación y de intervención del dolor crónico. La aplicación precoz de estas estrategias en la FM disminuye los síntomas depresivos.

5. Los estudios analizados en este trabajo de investigación indican que la incapacidad funcional en los pacientes con fibromialgia es controvertida, ya que hasta el momento no se ha encontrado una herramienta que permita evaluar objetivamente la intensidad de la afectación. Por otra parte, la ausencia de pruebas complementarias —biológicas o radiológicas— que indiquen de manera objetiva la severidad de la fibromialgia, hace que la medición del grado de afectación de la calidad de vida de las personas con FM resulte impredecible.

6. La fibromialgia no acorta la esperanza de vida del paciente, pero sí afecta su capacidad funcional al limitar sus actividades cotidianas. Esta situación no necesariamente es irreversible, si el problema es tratado de manera oportuna y si se le brinda educación al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguglia, A.; Salvi, V.; Maina, G.; Rossetto, I.; & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and Clinical Correlates. *Journal Of Affective Disorders*, 262-266.
- Amaro, T.; Martín, M.; Anton, Soler; & Granados, J. (2006). Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *Cuadernos de medicina psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 47-52.
- Ángeles Pastor, M. López, Roig, S.; Johnston, M.; & Daza, P. (2012). Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General Practitioners management of Fibromyalgia. *Anales de Psicología*, 417-425.
- Arnold, L.; Hudson, J.; Hess, E.; Ware, A.; Fritz, D.; Aunchenbach, M.; Keck, P. (2004). Family Study of Fibromyalgia. *ARTHRITIS & RHEUMATISM*, 944-952.
- Atxuteg, i. B., & Collado, A. (2003). *Fibromialiga*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bigatti, S.; Hernández, A. M.; Cronan, T.; & Rand, K. (2008). Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care and Research)*, 961-967.
- Birtane, M.; Uzunca, K.; & Tastekin, N. (2007). The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clinical Rheumatology*, 679-684.
- Bosh Romero, E.; Sáenz Moya, N.; Valls Esteve, M.; & Viñolas Valer, S. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atencion primaria*, 16-21.
- Burckhardt, C.; Clark, S.; & Bennett, R. (2001). Pain Coping Strategies and quality of life in women with fibromyalgia: Does age make a Difference. *Journal of musculoskeletal pain*, 5-17.
- Campos, A.; & Herazo, E. (2009). Calidad de vida y fibromialgia. *Avances en psiquiatría biológica*, 140-147.
- Castro Carboni, N. (2008). Fibromialgia y Comorbilidad. *Medicina legal de Costa Rica*, 1409-1415.
- Castro, R. (2011). Depresión y Ansiedad. *Primera Jornada de Depresión y ansiedad para médicos generales*. San José: Hospital Nacional de Psiquiatría.

- De la Rivera, L.; & Fleitas, L. (2008). Atención Primaria. En A. Martín Zurro, & J. Cano Pérez, *Atención Primaria*. Barcelona: Elsevier España, 97-98.
- Fietta, P. & Manganeli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomédica*, 88-95.
- González Hernández, J.; Ortín Montero, J.; & Antonio Bonillo, J. (2011). Actividad física, asistencia psicológica y niveles de ansiedad y depresión en mujeres con fibromialgia: un estudio descriptivo. *Cuadernos de psicología del deporte*, 56-66.
- González, E.; Elorza, J.; & Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas españolas de psiquiatría*, 295-300.
- Kashikar Zuck, S.; Lynch, A.; Slater, S.; Graham, B.; Swain, N.; & Noll, R. (2008). Family factors, emotional functioning and functional impairment in juvenile fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care & Research*, 1392-1398.
- Keller, D.; De Gracia, M.; & Cladellas, R. (2011). Subtipos de pacientes con fibromialgia, características psicopatológicas y calidad de vida. *Actas españolas de psiquiatría*, 273-279.
- Lubrano, A. (s.f.). *Glosario de psiquiatría*. Recuperado el 1º de febrero de 2012, de <http://lubrano.com/glosario/index.html>
- Mañez, I.; Fenollosa, P.; Martínez Azucena, A.; & Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 491-500.
- Martin, S.; Chandran, A.; Zografos, L.; & Zlateva, G. (2009). Evaluation of the impact of fibromyalgia on patient's sleep and the content validity of two scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 64-70.
- McDonald, M.; Da Costa, M.; & Ulman, S. (2011). The effects of back, arthritis, and fibromyalgia pain on quality of life and work productivity. *Journal of occupational and environment medicina*, 765-771.
- Moreno, V.; Namuche, F.; Noriega, A. E.; Vidal, M.; Rueda, C.; Pizarro, J.; & Vidal, L. (2010). Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 23-27.

- Ofluoglu, D.; Berker, N.; Güven, Z.; Canbulat, N.; Tomi, I.; & Kayhan, Ö. (2005). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clinicas reumatology*, 490-492.
- Pagano, T.; Akemi Matsutani, L.; Gonçalves Ferreira, E.; Pasqual Marques, A.; & de Bragança Pereira, C. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Medical Journal*, 252-258.
- Pérez-Pareja, J.; Borrás, C.; Palmer, A.; Sesé, A.; Molina, F.; & Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 415-420.
- Perrot, S.; Vicaut, E.; Servant, D.; & Revaud, P. (2011). Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study. *BioMed Central*, 224-233.
- Raphael, K.; Janal, M.; Nayak, S.; Schwartz, J.; & Gallagher, R. (2004). Familial aggregation of depression in fibromyalgia: a community-based test of alternate hypotheses. *PAIN*, 449-460.
- Rivera, J.; Alegre, C.; Carbonell, J.; Carmona, L.; Castel, B.; Collado, A.; y Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 55-66.
- Rojas Villarraga, A.; Zapata Castellanos, A.; Anaya, J. M.; & Pineda Tamayo, R. (2005). Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 295-300.
- Salido, M.; Navarro, P.; Judez, E.; & Hortal, R. (2007). Factores relacionados con la incapacidad temporal en pacientes con fibromialgia. *Reumatología clínica*, 67-72.
- Sañudo Corrales, B.; Galiano Orea, D.; Carrasco Páez, L.; Saxton, J.; & de Hoyo Lora, M. (2010). Respuesta autónoma e influencia sobre la calidad de vida de mujeres con fibromialgia tras una intervención de ejercicio físico a largo plazo. *Rehabilitación*, 244-249.
- Silverman, S.; Sadosky, A.; Evans, C.; Yeh, Y.; Alvir, J.; & Zlateva, G. (2010). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *Biomedical Center Musculoskeletal Disorders*, 66-74.
- Thieme, K.; Turk, D.; & Flor, H. (2004). Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic Medicine*, 837-844.

- Torre, F.; Martín Corral, J.; Callejo, A.; Gómez Vega, C.; La Torre, S.; Esteban, I.; Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor . *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 81-93.
- Toshimitsu Yoshikawa, G.; Ezequiel Heymann, R.; Helfenstein Junior, M.; & Feldman Pollak, D. (2010). A comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression. *Rheumatology International*, 473-478.
- Ubago Linares , M.; Ruiz Pérez, I.; Bermejo Pérez, M.; De Labry Lima, A. O.; & Plazaola Castaño, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia, repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista española de salud pública*, 683-695.

