

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Análisis del abordaje médico general y psicofarmacológico de la fibromialgia en pacientes femeninas de 25 a 55 años, para la generación de intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria de esta población en el periodo comprendido 2023.



Nombre de los sustentantes:

**Amanda Miguel Castillo Corea
Mariángela Jerez Zamora**

Tutor:

Dra. Marisol Quesada Pizarro.

San José

Diciembre, 2023

Modalidad de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía

Resumen

Se conoce bajo el término de fibromialgia (FM) a un conjunto de signos y síntomas caracterizados por dolor crónico generalizado, sin motivo aparente, dolor que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, pero sin importar la zona de dolor, no se encontrará una causa aparente como daño anatómico o inflamatorio visible en el área. Además, a este dolor crónico generalizado se le pueden agregar otros signos y síntomas comórbidos frecuentes, tales como trastornos del sueño, síntomas depresivos, ansiosos y otros. Representa la causa más común de dolor musculoesquelético generalizado en mujeres de 20 a 55 años; es más común en mujeres. Tiene una prevalencia mundial del 2 % en la población; se cree que en Costa Rica representa esta misma incidencia mundial. La presente investigación analiza el abordaje médico general y psicofarmacológico de la fibromialgia en pacientes femeninas de 25 a 55 años, para la generación de intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria en esta población en el periodo comprendido en 2023. El tipo de investigación empleada es la revisión bibliográfica de literatura que se asocia con el tema de investigación. Se utiliza un enfoque cualitativo, basado propiamente en la teoría fundamentada. Los resultados de esta investigación se obtuvieron de 23 artículos de carácter científico, de los cuales el 56 % de la evidencia reportada en los resultados corresponde al mejor nivel de evidencia (evidencia 1) según Sackett. Estos artículos fundamentan todos los objetivos de esta investigación. Dentro de los resultados de esta investigación destaca que los trastornos psiquiátricos, y más concretamente la depresión y la ansiedad, son patologías que se asocian con gran prevalencia en las pacientes con FM. Además de la asociación con trastornos de la personalidad, trastornos del sueño, con mecanismos etiopatogénicos comunes. Existen autores que mencionan que pueden ser causa, otra comorbilidad o consecuencia de esta. Lo que bien es cierto, es que su aparición cronifica y empeora el curso y la evolución de la enfermedad.

Por otra parte, las complicaciones más frecuentes que se observan en los pacientes con fibromialgia son habitualmente derivadas del propio tratamiento. En el caso de los fármacos, el desmedido consumo de medicamentos, junto con los frecuentes efectos secundarios que tienen, en muchos pacientes agravan su situación. En relación con el abordaje farmacológico, con mayor evidencia en relación con la FM, la duloxetina a una dosis de 120 mg se asoció

con una mayor eficacia para tratar el dolor y la depresión, mientras que la amitriptilina se asoció con una mayor eficacia para mejorar el sueño, la fatiga y la calidad de vida en general. Por último, se recomienda un abordaje multifactorial e individualizado en las pacientes con FM, de acuerdo con las comorbilidades psiquiátricas y síntomas que prevalecen, tomando en cuenta que este debe incluir profesionales en la salud, que aborden desde el área física, psicoterapeutas, médicos generales, y especialistas tales como psiquiatras y reumatólogos. Además, se recomienda la implementación de intervenciones clínicas no farmacológicas tales como: ejercicios físicos rehabilitadores, terapia cognitivo-conductual y educación continua al paciente.

Abstract

The term Fibromyalgia (FM) is known as a set of signs and symptoms characterized by widespread chronic pain, for no apparent reason, pain that can be in any part of the body, but regardless of the area of pain, a cause will not be found. apparent as visible anatomical or inflammatory damage in the area. In addition to this widespread chronic pain, other frequent comorbid signs and symptoms can be added, such as sleep disorders, depressive, anxious, and other symptoms. It represents the most common cause of widespread musculoskeletal pain in women aged 20 to 55 years, it is more common in women. It has a worldwide prevalence of 2% in the population; it is believed that Costa Rica represents this same global incidence.

The present research analyzes the general medical and psychopharmacological approach to fibromyalgia in female patients aged 25 to 55 years, for the generation of clinical interventions that assess primary care processes in this population in the period from 2023. The type of research used It is the bibliographic review of literature that is associated with the research topic, a qualitative approach is used, based itself on grounded theory. The results of this research were obtained from 23 scientific articles, of which 56% of the evidence reported in the results correspond to the best level of evidence (evidence 1) according to Sackett, these articles support all the objectives of this investigation.

Among the results of this research, it stands out that psychiatric disorders, and more specifically depression and anxiety, are pathologies that are associated with high prevalence in patients with FM. In addition to the association with personality disorders, sleep disorders, with common etiopathogenic mechanisms. There are authors who mention that they may be a cause, others comorbidity or a consequence of it. What is certain is that its appearance makes the course and evolution of the disease chronic and worsens.

On the other hand, the most frequent complications observed in patients with fibromyalgia are usually derived from the treatment itself. In the case of drugs, the excessive consumption of medications, together with the frequent side effects they have, aggravate their situation in many patients. In relation to the pharmacological approach, with greater evidence

in relation to FM, duloxetine at a dose of 120 mg was associated with greater efficacy in treating pain and depression, while amitriptyline was associated with greater efficacy in improving sleep, fatigue, and overall quality of life.

Finally, a multifactorial and individualized approach is recommended in patients with FM, according to the psychiatric comorbidities and prevailing symptoms, considering that this should include health professionals, who approach from the physical area, psychotherapists, general practitioners, and specialists such as psychiatrists and rheumatologists. Additionally, the implementation of non-pharmacological clinical interventions is recommended, such as: physical rehabilitation exercises, cognitive behavioral therapy, and continuing patient education.

Agradecimientos

Amanda

A Dios por bendecirme dándome la sabiduría y permitirme levantarme cada día y darme la oportunidad de estudiar esta hermosa profesión.

A mi mamá, la persona que siempre ha estado a mi lado en este largo caminar, ha sido mi soporte, ha creído en mi cuando incluso ni yo lo hacía. Ella me ha impulsado a ser una persona resiliente.

A una amiga en especial quien es una bella casualidad que me ha dejado mi carrera, es quien ha estado conmigo a lo largo de estos años. Admiro su coraje por la vida y siempre será un ejemplo a seguir para mí.

Y a la Dra. Marisol Quesada Pizarro, por brindarnos su apoyo y juicio médico para mejorar en esta investigación de tesis.

Mariángela

A Dios que siempre me ha guiado y me ha dado la fortaleza para salir adelante.

A mi madre, mi gran apoyo, una mujer luchadora que desde el día uno me ha dado positivismo y un gran apoyo incondicional en mis días más difíciles.

A mi padre que es otro de mis grandes apoyos, siempre brindándome una comprensión y un estímulo constante cuando más lo necesito.

A mi hermana que siempre me ha brindado su ayuda y su comprensión.

A mi Tutora que con toda la amabilidad nos brindó su ayuda y sus conocimientos médicos.

Y a todas las personas que de una a otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

Dedicatoria

Amanda

Antes que todo, deseo dedicar este trabajo de graduación a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber concluido mi carrera.

Seguidamente quisiera dedicar este trabajo a mi madre Marta quien con mucho amor y cariño ha sido mi fuente de inspiración. Sin sus consejos, paciencia y ayuda incondicional no lo habría logrado.

Y, por último, a todos los médicos quienes realmente se preocupan por la calidad de vida de sus pacientes, y ayudan con empatía a todas aquellas mujeres quienes padecen de alguna dolencia crónica.

Mariángela

A Dios ya que todo lo he logrado gracias a su ayuda y su amor incondicional.

A todas las pacientes que padecen de Fibromialgia, que son unas guerreras y que todas las mañanas se levantan con la mejor actitud para afrontarla.

A los estudiantes de medicina, para que se empapen de esta patología y sepan la importancia de un acompañamiento y manejo adecuado.

A los profesionales de la salud que brindan sus conocimientos médicos, el apoyo incondicional y el manejo adecuado a estas pacientes.

Tabla de contenidos

Resumen.....	2
Abstract.....	4
Agradecimientos	6
Dedicatoria.....	8
Lista de tablas	15
Lista de figuras.....	16
Lista de abreviaturas	16
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	18
1.1 Introducción	19
1.2 Planteamiento del problema.....	20
1.3 Objetivos de la investigación.....	21
1.3.1 Objetivo general.....	21
1.3.2 Objetivos específicos	21
1.4 Justificación	22
1.5 Antecedentes.....	26
1.5.1 Antecedentes históricos	26
1.5.2 Antecedentes internacionales.....	30
1.5.3 Antecedentes nacionales	35
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	39
2.1 Enfermedades reumatológicas	40
2.2 Reumatismo, antigua definición de enfermedad.....	40
2.3 Fisiopatología y clasificación del dolor	40
2.3.1 Epidemiología del dolor.....	41
2.3.2 Tipos de dolor	41
2.3.2.1 Según su duración.....	41

Dolor agudo:	41
Dolor crónico:	41
2.3.2.2 Según su origen.....	42
Dolor nociceptivo:	42
Dolor neuropático:	42
Dolor psicógeno	42
2.3.2.3. Según su localización.....	42
Dolor somático:.....	42
Dolor visceral:.....	43
2.4 Receptores para el dolor y su estimulación	44
2.4.1 Estímulos que excitan los receptores para el dolor: mecánicos, térmicos y químicos.....	44
2.4.2 Naturaleza no adaptativa de los receptores para el dolor.....	44
2.4.3 Velocidad de la lesión tisular como estímulo para el dolor	44
2.4.4 La isquemia tisular como causa de dolor	45
2.4.5 El espasmo muscular como causa de dolor	45
2.4.6 Vías dobles para la transmisión de las señales de dolor en el sistema nervioso central.....	45
2.4.7 Fibras periféricas para el dolor: fibras «rápidas» y «lentas»	46
2.4.8 Vías dobles para el dolor en la médula y en el tronco del encéfalo: los fascículos neoespinotalámico y paleoespinotalámico.....	46
2.4.9 Fascículo neoespinotalámico para el dolor rápido.....	47
2.4.10 Terminación del fascículo neoespinotalámico en el tronco del encéfalo y el tálamo.....	47
2.5 Fibromialgia.....	48
2.5.1 Epidemiología de la FM	48
2.5.2 Historia de la FM	49
2.5.3 Clasificación de la FM	50
Fibromialgia idiopática (tipo I).....	50
Fibromialgia asociada con enfermedades crónicas (tipo II)	51

Fibromialgia asociada con enfermedades sistémicas (tipo IIa)	51
Fibromialgia asociada con enfermedades crónicas locorregionales (tipo IIb).....	51
Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas (tipo III).....	52
Fibromialgia simulada (tipo IV)	52
2.5.4 Etiopatogenia de la FM.....	52
2.5.4.1 Fisiopatología de la FM	53
2.5.4.2 Genética	53
2.5.4.3 Factores estresantes y ambientales	54
2.5.4.4 Centralización del dolor.....	54
2.6. Datos clínicos en la FM	56
2.6.1 Dolor	56
2.6.2 Desórdenes del sueño.....	57
2.6.3 Dificultades cognitivas	58
2.6.4 Síntomas neurológicos.....	58
2.7 Estudios de neuroimagen en la FM.....	59
2.7.1Tipos de estudios en neuroimagen.....	59
2.7.2 Estudios de actividad metabólica basal	60
2.7.3 Estudios anatómicos	60
2.7.4 Cambios anatómicos de la sustancia gris.....	60
2.7.5 Cambios anatómicos en la sustancia blanca	61
2.8 Comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociados a FM.....	61
2.9 Clínica de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con FM	61
2.9.1 Síntomas afectivos	62
2.9.2 Síntomas cognitivos.....	62
2.9.3 Síntomas somáticos.....	62
2.9.4 Síntomas conductuales.....	63
2.10 Trastornos adaptativos con humor depresivo, o ansioso-depresivo	64
2.11 Distimia.....	64
2.12 Trastorno depresivo mayor	64

2.13 Trastornos neuróticos en la FM	68
2.13.1 Ansiedad	68
2.13.2 Ansiedad normal	69
2.13.3 Trastornos de pánico o crisis de angustia	70
2.13.4 Trastorno de ansiedad social	72
2.13.5 Trastorno de ansiedad generalizada	74
2.14 Personalidad y padecimientos crónicos	76
2.14.1 Personalidad	76
2.14.2 Personalidad y salud:	76
2.14.3 Personalidad y dolor crónico	76
2.14.4 Personalidad y FM	77
2.15 Diagnóstico de FM	77
2.15.1 Dolor crónico generalizado:	77
2.15.2 Sensibilidad	77
2.15.3 Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index [WPI])	78
2.15.4 Escala de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score [SS Score])	79
2.16 Exámenes en la FM	81
2.17 Tratamiento en FM	81
2.18 Abordaje farmacológico en pacientes con FM	84
2.19 Abordaje psicofarmacológico en pacientes con FM:	84
2.20 Terapias no farmacológicas en la FM	86
2.20.1 Terapia cognitivo conductual	86
2.20.2 Terapia laser de baja potencia	87
2.20.3 Acupuntura	87
2.20.4 Homeopatía	87
2.20.5 Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness):	87
2.21 Definición de conciencia plena	88
2.22 Componentes de la conciencia plena	88

2.23 Mindfulness: La relación terapéutica y el terapeuta	90
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	92
3.1 Marco metodológico	93
3.1.1 Tipo de investigación.....	93
3.1.2 Diseño de la investigación	93
3.1.3 Alcance de la investigación	93
3.2 Fuentes de información.....	94
3.3 Criterios de búsqueda.....	94
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	95
3.5 Análisis de la información	96
3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia	98
Fuente: Elaboración propia, 2023.....	99
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	100
4.1 Resultados del primer objetivo específico	101
4.2 Resultados del segundo objetivo específico	107
En relación con los antidepresivos tricíclicos.....	107
En relación con la benzodiazepinas	108
En relación con los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina	109
En relación con los AINES	109
En relación con los corticoides	109
En relación con los analgésicos	109
4.3 Resultados del tercer objetivo específico.....	120
En relación con los cuidados físicos- rehabilitadores.....	121
Ejercicio físico	121
En relación con normas de higiene postural	123
Terapias alternativas:	124
Láser.....	125

Musicoterapia.....	125
Terapia cognitivo conductual.....	125
Terapia basada en la atención plena y aceptación para los pacientes con FM	127
En relación con el alivio del dolor	133
En relación con la meditación mindfulness y FM	133
En relación con la analgesia basada en la atención plena: activa mecanismos neuronales únicos	134
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	136
5.1. Conclusiones	137
5.2 Recomendaciones	140
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
Referencias.....	143
CAPÍTULO VII. ANEXOS.....	154
Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia.....	155

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo.	94
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	96
Tabla 3. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia.	98

Lista de figuras

Figura 1. Términos relacionados con el dolor.	43
Figura 2. Transmisión de señales del dolor rápido agudo y lento crónico.	46
Figura 3. Transmisión de señales dolorosas hacia el tronco del encéfalo, tálamo y corteza cerebral.....	48
Figura 4. Neurotransmisores del SNC que influyen en el dolor en los pacientes con FM. ..	56
Figura 5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de depresión mayor.....	65
Figura 6. Regiones encefálicas implicadas en los afectos y los trastornos del estado de ánimo.	66
Figura 7. A: Mujer con un estado de depresión profunda; B: dos meses más tarde después de la recuperación.	67
Figura 8. Fotografía que ilustra característica fisiognómica conocida como pliegue de Veraguth en un paciente varón de 50 años en un episodio depresivo mayor.	68
Figura 9. Manifestaciones periféricas de la ansiedad.	69
Figura 10. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de pánico.....	70
Figura 11. Diagnóstico diferencial orgánico para el trastorno de pánico.	71
Figura 12. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad social.	72
Figura 13. Criterios diagnósticos del DSM-5 para en trastorno de ansiedad generalizada. .	75
Figura 14. Cambio Clasificación ACR 1990 a ACR 2010	80
Figura 15. Índice de Dolor Generalizado (WPI).....	80
Figura 16. Índice de Gravedad de Síntomas (<i>SS Score</i>)	81
Figura 17. Flujograma de abordaje integral de FM en atención primaria.	83
Figura 18. <i>Mindfulness</i> en el proceso de la terapia.....	91
Figura 19. Factores asociados al terapeuta y el efecto del <i>mindfulness</i> sobre ellos.	91
Figura 20. Cuadro de análisis de la información.	97

Lista de abreviaturas

FM: Fibromialgia

TCC: Terapia cognitivo conductual

AF: actividad física

TM: Tratamiento multidisciplinario

PD: Puntos dolorosos

FIQ: Cuestionario de Impacto de Fibromialgia

MDI: Inventario Múltiple de Depresión

SNC: Sistema nervioso central

SPECT: Tomografía computarizada de emisión monofotónica cerebral.

RMf : Resonancia magnética funcional

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

PCS-SP: Escala de Catastrofización Ante el Dolor

MDI: Inventario Múltiple de la Depresión

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

El presente trabajo de investigación está fundamentado en el análisis del abordaje médico general y psicofarmacológico de la fibromialgia (FM) en pacientes femeninas de 25 a 55 años, con el propósito de generar intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria de esta población en el periodo comprendido en 2023.

Actualmente, se conoce que la FM es un síndrome crónico doloroso, generalizado y no articular, que afecta principalmente los músculos. Dentro de los factores desencadenantes de dicha patología destaca la asociación con enfermedades del espectro psiquiátrico. Es por ello por lo que la presente investigación pretende identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes provocadas por la fibromialgia en pacientes femeninas en un rango de edad de 25 a 55 años.

Además, es importante mencionar que existe un manejo médico farmacológico; sin embargo, no siempre son efectivos a la hora de aliviar el dolor en estas pacientes. Es por lo anterior que esta investigación pretende también explicar el abordaje psicofarmacológico y las terapias alternativas no farmacológicas para las pacientes femeninas con FM de 25 a 55 años de edad.

Por último, esta investigación tiene como objetivo generar intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria en pacientes femeninas con FM de 25 a 55 años, en el periodo comprendido en 2023.

1.2 Planteamiento del problema

La FM es una condición clínica caracterizada por dolor crónico generalizado, fatiga, sueño no reparador, alteraciones del estado de ánimo y deterioro cognitivo con discapacidad asociada, en casos más extremos. Su etiología, e incluso su existencia como entidad clínica, se ha debatido en las últimas décadas. La falta de comprensión de su fisiopatología y el hecho de que, hasta la fecha, no exista un tratamiento suficientemente efectivo, convierte el debate en muy relevante para los clínicos¹.

La mayoría de los autores coinciden en que no es suficiente un único abordaje médico farmacológico que ayude a mejorar la calidad de vida en las pacientes con FM. Sin embargo, actualmente se cuenta con suficiente evidencia que sugiere la relevancia del abordaje psicoterapéutico en estas pacientes, con el fin de reunir un grupo de profesionales y poder brindar un abordaje integral en estas pacientes.

Además, las intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas pueden considerarse hoy en día la piedra angular del tratamiento en estas pacientes, especialmente si se asocian trastornos afectivos comórbidos. Muchos fármacos se han estudiado con la esperanza de ayudar a los pacientes con FM, pero pocos tienen evidencia para sostener su recomendación.

Es por lo anterior que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los beneficios del abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años, para la generación de intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria de esta población, en el periodo comprendido en 2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Analizar el abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años, para la generación de intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria de esta población en el periodo comprendido 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

A) Identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes provocadas por FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años.

B) Explicar el abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años.

C) Generar intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria en pacientes femeninas con FM de 25 a 55 años, en el periodo comprendido 2023.

1.4 Justificación

La FM, probablemente, ha existido desde el inicio de la noche de los tiempos. Ha recibido muchos nombres durante la historia: en el siglo XIX era llamada fibrositis o neurastenia. En el siglo XX, reumatismo psicógeno del aparato locomotor. A finales del siglo XX se popularizó el término FM. La aparición de los Criterios de Clasificación para la FM del *American College of Rheumatology* (ACR) en 1990 permitió una definición más precisa de esta².

Hoy en día, el término FM se compone del latín *fibra* (tejido fibroso), del griego *mio* (músculos) y del griego *algia* (dolor). Se conoce bajo este término a un conjunto de signos y síntomas encabezados por un dolor generalizado sin motivo aparente, dolor que puede localizarse en cualquier parte del cuerpo (dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor osteomuscular), pero sin importar la zona del dolor no se encontrará causa aparente como daño anatómico o inflamación visible del área, a este dolor generalizado pueden agregarse algunos signos y síntomas como depresión y trastornos del sueño².

Por otra parte, es importante resaltar que esta patología se presenta en varias formas clínicas. Algunas FM comienzan muy temprano en la infancia, otras más tarde en la menopausia. Existen formas de inicio gradual, con aparición brusca con motivo de estrés psíquico, un accidente, una intervención quirúrgica, la remisión de una enfermedad aguda (infección) o tras un síndrome doloroso inicialmente localizado (lumbalgia, síndromes miofasciales regionales, etc. Con dos tercios de los pacientes que padecen FM de moderada a grave. Ciertos síntomas/comorbilidades favorecen la discapacidad².

Su causa es desconocida, actualmente se considera que es un trastorno de la regulación del dolor, clasificado entre los síndromes de sensibilización central. Existen evidencias de que probablemente hay un componente genético: los familiares de primer grado de los/las pacientes con FM tienen más probabilidades de presentar la enfermedad (8 veces más) que la población general. Aunque por el momento, no se ha documentado de forma concluyente una asociación entre un gen o genes concretos y la enfermedad. Como genes candidatos se

han estudiado posibles asociaciones con algunos genes relacionados con el metabolismo de algunos neurotransmisores, entre otros².

Actualmente, se conoce que la FM es el desorden reumatológico más frecuente después de la osteoartritis, con una prevalencia de 2 a 8 % de la población. La enfermedad muestra mayor incidencia en mujeres con un intervalo de 1:9; esta enfermedad puede manifestarse a cualquier edad y se presenta de forma similar en diferentes países y culturas, pero se ha descrito que la edad en la que esta enfermedad tiene más impacto es entre 25 y 55 años de edad². Enfocándose en la presente investigación en las pacientes femeninas con un rango etario de 25 a 55 años.

Cabe destacar que esta patología tiene una afectación en las esferas laborales, interpersonales, económicas, funcionales, psicoactivas, entre otras. Es por lo anterior, que se hace totalmente necesario educar tanto a los médicos en formación, y a todo el personal de salud, además, de los pacientes y familiares, en cuanto a las implicaciones de la enfermedad, que afecta a tantas personas y que son desconocidas por la mayoría².

Hoy en día, para muchos médicos el diagnóstico de FM causa incertidumbre, pues no hay un algoritmo específico y quizá lo que más los desconcierta es el cómo completar la evaluación o qué estudio debe realizarse para descartar todo lo demás, puesto que es larga la lista de patologías similares o comórbidas a la FM².

Es importante señalar que el diagnóstico de esta patología es clínico, por lo que requiere confirmación médica, y un diagnóstico precoz permite al paciente entender antes su condición, recibir tratamiento adecuado y así evitar el largo peregrinaje que suelen vivir estos pacientes. Se trata de personas que han consultado en múltiples oportunidades, han sido sometidos a una gran cantidad de exámenes de imágenes y laboratorio y sienten que han intentado todos los tratamientos conocidos. Esto suele generar incertidumbre en su círculo cercano (familiar y laboral) y frustración por la falta de comprensión y recuperación².

En relación con lo anterior, se justifica la búsqueda a través de diferentes fuentes bibliográficas que faciliten un adecuado abordaje diagnóstico para la FM en pacientes femeninas en el rango etario anteriormente mencionado.

En relación con lo anterior, los profesionales de la salud deben conocer aspectos teóricos contemporáneos del dolor crónico y de la FM con el fin de evitar el sobrediagnóstico, la estigmatización y la persistencia de los síntomas por instrucción profesional. Una evaluación clínica multidimensional en un contexto positivo, con énfasis en la construcción de alianza terapéutica, facilita la toma de decisiones compartidas y la selección de estrategias de intervención. Existe un consenso por parte de la mayoría de los autores en expresar que la educación es el punto de inicio de la rehabilitación y su combinación con terapia psicológica, facilita el afrontamiento activo y la adherencia terapéutica en pacientes con FM.

Por otra parte, los medicamentos sin duda aportan al tratamiento, pero si no se aborda el impacto que el dolor crónico ha tenido en la vida de estas personas, nunca será suficiente. Es muy importante poder entender la vivencia del dolor y cómo algunos condicionantes pueden influir, por ejemplo, la red de apoyo con la que cuentan, las condiciones laborales, la pérdida de la autonomía, el tipo de alimentación, el estado de ánimo o cuánto ejercicio realizan, entre otros. Precisamente el manejo interdisciplinario de la FM habilita una visión integral del paciente, abordando todos los ámbitos de esta condición en el proceso de recuperación y enfrentamiento del dolor.

En esta misma línea, la literatura internacional sugiere como intervención de primera línea para el tratamiento de la FM el manejo no farmacológico. Por otro lado, las guías clínicas internacionales del manejo del dolor crónico destacan la importancia de considerar aspectos como la personalidad, factores contextuales, toma de decisiones compartidas, la alianza y adherencia terapéutica, además de estrategias de intervención como la educación, terapia de exposición, terapia psicológica, actividad física (AF) y ejercicio como parte del abordaje terapéutico en pacientes con FM³.

En el mismo foco, hoy en día las terapias de tercera generación como la Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Conductual Dialéctica, Analítico-Funcional y el *Mindfulness* también se posicionan desde la psicología como herramientas efectivas para el tratamiento de la FM, centrándose más en la subjetividad de la persona y en menor medida en la situación concreta del problema, proporcionando así una mejor comprensión y legitimación de los síntomas de la persona³.

Por otra parte, diversos autores mencionan que se observa que las Terapias Cognitivo-Conductuales, como también las de tercera generación, más la intervención de un equipo interdisciplinario en manejo de dolor, ofrecen resultados positivos, ya que mejorarían más de un único síntoma, involucrando además al paciente como participante activo de la terapia y de la mejora de la condición³. Además, añaden que, los síntomas individuales en las pacientes de FM difieren en su gravedad, desde los muy leves hasta los más graves, y dan como resultado diversos grados de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, que no se correlacionan necesariamente con daño en algún tejido del cuerpo. Según las investigaciones actuales, el ejercicio moderado regular es esencial para enfrentar el impacto que tiene la FM en la vida de las personas⁴.

En relación con lo anterior, resulta de notable significación el hecho de enfatizar en la difusión de los avances en el tratamiento de la FM ya que, en décadas precedentes, ha ido alcanzando cada vez mayor magnitud hasta devenir hoy en una problemática de salud pública de atención prioritaria. Diversos factores pueden exponer esta situación: la elevada incidencia de la FM en la población general adulta; el escaso conocimiento de su origen y los componentes que la causan; así como el no hallazgo de tratamiento curativo, la inconformidad de los casos y los profesionales en el tratamiento actual del síndrome⁴.

Es por lo anterior que esta revisión bibliográfica busca analizar el abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años, para la generación de intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria de esta población, en el periodo comprendido en 2023.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Antecedentes históricos

Lena et al.⁵ realizaron un ensayo clínico controlado acerca de la FM y la magnetoterapia, en el centro nacional de rehabilitación entre julio de 1998 y abril del 2000, con el propósito de evaluar el efecto terapéutico de la magnetoterapia en los pacientes con FM. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes a los cuales se les aplicó tratamiento farmacológico y al resto magnetoterapia, para evaluar los resultados se utilizaron varios criterios siendo el fundamental, la disminución de los puntos dolorosos al final del tratamiento. Se utilizó la escala visual para el dolor, y test de Likert. Se demostró la eficacia de ambos métodos terapéuticos, con predominio de efectividad del tratamiento convencional farmacológico en la reducción del dolor. Se concluyó lo siguiente: Un tercio de todos los pacientes fibromiálgicos estudiados correspondían al sexo femenino y la mitad de la muestra investigada prevaleció en el grupo de edad de 40 - 49 años. El tratamiento farmacológico demostró más efectividad en la reducción de los puntos dolorosos (dolor localizado) que el campo magnético empleado. Ambas modalidades de tratamiento lograron disminuir la intensidad del dolor generalizado de severo a moderado, según la escala analógico visual y el Test de Likert.

Por otra parte, Parra et al.⁶ realizaron un estudio con un diseño experimental, acerca de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena o también llamada *Mindfulness*, en la mejora de los síntomas de la ansiedad en una muestra con diagnóstico de FM. Utilizaron una muestra de 34 personas 33 mujeres y 1 hombre, con edades comprendidas entre los 30 y 77 años. Concluyendo que los resultados indicaron que este tratamiento resultó efectivo en la mejora, a corto plazo, del estado de ansiedad. Además, estos autores consideran relevante continuar estudiando los efectos terapéuticos, a corto, medio y largo plazo de la terapia cognitiva basada en *mindfulness* sobre los síntomas psicológicos y físicos en personas que padecen FM.

Gelman et al.⁷ realizaron un estudio con un diseño prospectivo y aleatorio de dos cohortes, acerca del tratamiento multidisciplinario de la FM. Con el objetivo de determinar la eficacia de un tratamiento multidisciplinario (TM) de la FM, en comparación con un tratamiento clásico en una consulta externa de reumatología. Dentro de la metodología que utilizaron destaca la participación de pacientes con FM diagnosticados según los criterios del ACR. Participaron 21 pacientes, todas mujeres, que se seleccionaron de forma aleatoria de la lista de espera de la consulta de reumatología.

Además, estos mismos autores mencionan que el grupo experimental (GE) realizó el TM, que consistía en sesiones grupales de terapia cognitivo-conductual, entrenamiento físico y asistencia reumatológica. El grupo control (GC) siguió las pautas habituales indicadas por un reumatólogo del hospital. El programa de tratamiento duró 15 semanas. Todos los pacientes fueron valorados al inicio, al final del tratamiento y el GE a los 6 meses de finalizado. Se estudiaron las siguientes variables: escala analógica-visual (EAV), número de puntos dolorosos (PD), el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI, forma abreviada), la presencia de sintomatología asociada (SA) y la toma de fármacos para la FM. El estudio estadístico del efecto de cada tratamiento se llevó a cabo con la prueba de la T de Wilcoxon para medidas repetidas. La comparación entre la eficacia de GE respecto al GC se realizó mediante la prueba de la U de Mann-Whitney para datos independientes⁷.

Dentro de los resultados de dicha investigación destaca lo siguiente: no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la EAV, PD, STAI-R, SA y toma de fármacos, entre el inicio y el final del tratamiento entre el GE y el GC, ni tampoco a los 6 meses en el GE. Sí se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el FIQ ($p < 0,009$), STAI-E ($p < 0,023$) y Beck ($p < 0,046$). En el control a los 6 meses del GE se mantienen las diferencias estadísticamente significativas. Concluyendo que estos resultados sugieren que el TM puede ser una opción válida para conseguir una mejora de la calidad de vida y en la adaptación psicológica de las pacientes afectadas de FM. Hacen falta estudios más amplios que confirmen estos resultados⁷.

Por otra parte, Revuelta et al.⁸ en una investigación de tipo revisión bibliográfica acerca de la depresión, ansiedad y FM, mencionan que el objetivo de la investigación era reflejar la asociación existente entre la FM y los trastornos psicológicos y psiquiátricos, como parte de su metodología realizaron una revisión bibliográfica de los estudios realizados que intentan explicar dicha asociación, así como una revisión de los mecanismos etiopatogénicos comunes a dichas patologías. Concluyendo que la FM es una patología que cursa con dolor crónico y que está asociada con patología psiquiátrica. Dicha asociación puede ser causal, comorbilidad o secundaria a dicho proceso. Asimismo, influye negativamente en el proceso retrasando la mejoría del paciente.

En esta misma línea de investigación, Cerón et al.⁹ realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal, en un ámbito urbano de atención primaria, acerca de la FM y trastornos de la personalidad, utilizando una muestra de 132 casos que cumplían los criterios de selección, estos autores exponen que recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se administró el test *Internacional Personality Disorder Examination Screening* (IPDE-s).

Dentro de los resultados de dicha investigación destaca lo siguiente: el 100 % de los pacientes eran mujeres, con edad media de 54 años. Casadas/en pareja el 78,5 %, no trabajaban el 89,2 % y pertenecían a clase social baja el 58,7 %. Refirieron enfermedad mental el 73,6 % de casos, siendo este diagnóstico previo al de FM en un 55,1 %. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el trastorno de ánimo (86,3 %). La autopercepción de salud fue regular-mala en el 87,6 % y la expectativa de curación favorable en solo un 18,2 %⁹.

El IPDE-s fue positivo en el 96,7 % de casos; en el 94,2 % además, a más de un rasgo de personalidad. Rasgos más prevalentes: límite 71,9 %, obsesivo 71,1 %, histriónico 66,1 % y evitación 61,9 %. Se encontró relación significativa entre padecer patología psiquiátrica y rasgo de personalidad límite o dependiente ($p < 0,006$; $p < 0,03$ respectivamente); así como entre una peor percepción de salud y rasgo dependiente ($p < 0,004$). Se concluye que detectaron una alta sospecha de rasgos de personalidad anómalos en pacientes diagnosticadas de FM, que justificaría la derivación para un estudio/seguimiento más completo por salud mental⁹.

Escudero et al.¹⁰ realizaron una investigación con un diseño cualitativo acerca de la percepción de los pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud, en pacientes con FM. Mencionando que el objetivo de dicha investigación era conocer la experiencia y vivencia de personas con FM y sus expectativas sobre el sistema sanitario y sus profesionales. Explican como parte de su metodología que realizaron tres grupos, uno con pacientes que pertenecían a asociaciones de FM. Participaron 20 mujeres y 1 varón. Se incluyeron personas que recibían atención en el sistema sanitario público, con distintas trayectorias asistenciales y evolución. Se pidió consentimiento informado. Análisis de contenido.

Dentro de los resultados destaca que los pacientes describen una vivencia difícil con una sintomatología que puede ser incapacitante para las actividades cotidianas. Hasta que reciben el diagnóstico, perciben incompreensión y soledad. Desarrollan distintas estrategias de afrontamiento, como buscar información o asociarse. Esperan del sistema sanitario: atención y diagnósticos ágiles, acceso a consultas, pruebas que necesiten y terapias beneficiosas o impulso a la investigación. Quieren profesionales con formación para abordar la FM, una actitud proactiva, interés, empatía e información. Se concluye lo siguiente: la metodología cualitativa fue idónea para profundizar en la experiencia de pacientes. La atención sanitaria debe dirigirse a mejorar su calidad de vida facilitando su proceso asistencial y ofreciendo acompañamiento, interés, comprensión y apoyo¹⁰.

1.5.2 Antecedentes internacionales

Mur et al.¹¹ llevaron a cabo un estudio observacional durante dos años en tres centros de atención primaria sobre el perfil de pacientes con FM que acuden a centros de atención primaria en Terrassa. Se utilizó una muestra de 235 personas diagnosticadas de FM, atendidas en consultas de atención primaria o de reumatología, a las que se ofreció asistencia en un programa multidisciplinario y aceptaron completar los datos iniciales del programa. Las mediciones principales incluyeron: datos sociodemográficos, hábitos tóxicos y ejercicio físico, comorbilidades, tratamientos para la FM, cuestionario de impacto de la FM (FIQ), escala hospitalaria de ansiedad-depresión (HADS) y cuestionario de funcionalidad familiar (APGAR familiar).

Los resultados de la investigación destacaron lo siguiente: el 97,8 % eran mujeres; la edad media era de 54,6 años. Hubo predominio de pacientes con estudios primarios y en situación de baja laboral. El 94 % tenía comorbilidad asociada y solo el 3 % no consumía ningún fármaco para su patología, a la vez que se observó un elevado consumo de fármacos sin evidencia de efectividad en la FM. La mayoría puntuaba como nivel moderado en el cuestionario de impacto de la FM (FIQ); presentaban patología ansiosa y/o depresiva probable en el 63 % y el 53 %, respectivamente, según la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), y soporte familiar correcto en el 62 %, según el test APGAR familiar. Se confirman como datos principales, coincidiendo con la bibliografía, la gran prevalencia de la FM en mujeres, con elevada comorbilidad, especialmente psiquiátrica-psicológica, con moderado impacto de la enfermedad y con importante consumo de fármacos sin eficacia demostrada¹¹.

Además, Nestares et al.¹² realizaron un estudio descriptivo transversal en pacientes con FM para investigar la relación entre alexitimia y capacidad funcional, intensidad del dolor, depresión y variables generales (edad, sexo, tiempo de enfermedad, grado de instrucción y años de estudio) en FM. Se utilizó una muestra de 126 pacientes con FM, de los cuales, 60 (47,62 %) mostraron alexitimia, 24 de ellos presentaron depresión (40 %) y 39, discapacidad funcional (65 %). En el análisis bivariado, la alexitimia se relacionó significativamente con

mayor comorbilidad, menor grado de instrucción, mayor intensidad de dolor, mayor fatiga y más síntomas reportados. En el análisis multivariado, los años de estudio (≤ 11 años) fueron el único factor relacionado con la alexitimia (TAS-20) ($p=0,010$, OR: 2,589 [1,249 - 5,365]). Se demostró una frecuencia considerable de alexitimia en pacientes con FM y, en el análisis multivariado, este hallazgo se relaciona significativamente con un menor número de años de estudio.

Yary et al.¹³ realizaron una investigación con una modalidad de campo descriptiva, comparativa de casos y con diseño de controles sobre el manganeso y el zinc en pacientes con FM y su relación con trastornos psiquiátricos. El objetivo de la investigación era determinar los niveles de manganeso y zinc en pacientes con FM y su relación con la depresión y la ansiedad en la Unidad de Reumatología del Hospital “Dr. Julio Criollo Rivas”, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, durante el período de noviembre de 2017 a abril de 2018. Se usó una muestra total de 40 pacientes con diagnóstico de FM, 35 de los cuales cumplían con los criterios diagnósticos de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad. Se midieron los niveles de manganeso en sangre y zinc en suero y se compararon con un grupo control de pacientes con diagnóstico de FM. Los resultados mostraron que, para pacientes con nivel de ansiedad severa (37,5 %), el nivel de manganeso anormal alto se presentó en el 12,5 %; para el nivel de depresión severa (50 %), el nivel de manganeso anormal bajo estuvo presente en el 20 %. Respecto al zinc, el 45 % de los pacientes se encontraba dentro de los límites normales, seguido de un nivel anormal bajo (37,5 %). En pacientes con ansiedad y depresión severa hubo tendencia a anormalidad baja del zinc (25 % y 27,5 %, respectivamente). Estos autores concluyen que las concentraciones séricas de zinc y sanguíneas de manganeso en los pacientes con FM son bajas, exacerbando la ansiedad y la depresión¹³.

En relación con lo expuesto, Montoya et al.¹⁴ realizaron un estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, transversal y con diseño correlacional, empleando un muestreo por conveniencia, acerca del sufrimiento en pacientes con FM y su relación con el impacto en la calidad de vida, la soledad, el estado emocional y el estrés vital. Se evaluaron el grado de sufrimiento (PRISM), el impacto de la FM (FIQR), la soledad (UCLA), la ansiedad y la

depresión (HADS), así como los eventos vitales estresantes (Cuestionario de sucesos vitales). Se obtuvieron datos estadísticos descriptivos y correlacionales.

Dentro de los resultados de la investigación destaca lo siguiente: participaron 62 personas, el 96,8 % de las cuales eran mujeres. El setenta y cinco por ciento (75 %) presentó sufrimiento de moderado a severo; el 62,9 % mostró indicadores clínicos de soledad; el 75 % presentó indicadores clínicos de ansiedad; y el 25,8 % tuvo indicadores clínicos de depresión. Además, se reportó una media de 10 eventos vitales estresantes. Existió una correlación significativa entre el nivel de sufrimiento y el impacto en la calidad de vida. Dicho impacto también se correlacionó de forma significativa con la soledad, la ansiedad y la depresión. El estrés vital mostró una relación directa y significativa con la soledad y la ansiedad. Aunque la fuerza de las correlaciones fue significativa, en muchos casos fue moderada¹⁴.

En relación con los datos anteriores, los autores concluyen lo siguiente: los pacientes con FM manifiestan un sufrimiento importante, además del impacto en la calidad de vida. Dicho impacto se relaciona con factores psicosociales, más allá de los conocidos (ansiedad y depresión), como la soledad y el estrés vital, especialmente en mujeres que están a cargo de otras personas, como madres solteras, que carecen de apoyo familiar. Los resultados permiten visibilizar el intenso sufrimiento de esta población e indican la importancia de examinar con mayor profundidad temas como la soledad, el escaso o nulo apoyo familiar y el estrés vital¹⁴.

Por su parte, López et al.¹⁵ realizaron un estudio experimental en un grupo control sobre la efectividad de la biodanza acuática en la calidad del sueño, la ansiedad y otros síntomas en pacientes con FM. Los autores mencionan que el objetivo de dicho estudio era analizar los efectos de un programa de biodanza en piscina sobre la calidad del sueño, la ansiedad, la depresión, el dolor y la calidad de vida en FM. Utilizaron una muestra de 59 pacientes divididos en grupo experimental (biodanza acuática) y grupo control (stretching en suelo). Se midieron la calidad del sueño (cuestionario Pittsburgh), la ansiedad (Inventario Ansiedad Estado), la depresión (Escala del Centro para Estudios Epidemiológicos de la Depresión), el

dolor (escala visual analógica, algometría por presión y McGill) y la calidad de vida (Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia), antes y después de 12 semanas de tratamiento.

Dentro de los resultados de dicho estudio, los autores destacan lo siguiente: tras el tratamiento, en el grupo experimental se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la calidad del sueño (49,7 %), la ansiedad (14,1 %), el impacto de la FM (18,3 %), el dolor (27,9 %), la puntuación McGill (23,7 %) y los puntos dolorosos (34,4 %). Concluyen que un programa de biodanza acuática aportó mejoras en la calidad del sueño, la ansiedad, el dolor y otros síntomas de la fibromialgia¹⁵.

Por otra parte, Martínez et al.¹⁶ realizaron un estudio transversal sobre el efecto de la catastrofización y la ansiedad ante el dolor en la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con FM, utilizando una muestra de 50 pacientes diagnosticados con FM atendidos en reumatología entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2014, y voluntarios de la Asociación de Enfermos de Fibromialgia de Asturias. Se registraron variables clínico-epidemiológicas, el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia abreviado (CIF), la Escala de Catastrofización ante el Dolor (PCS-SP) y la Escala de Síntomas de Ansiedad ante el Dolor (PASS-20).

Dentro de los resultados de dicho estudio, destacan lo siguiente: la correlación de Spearman entre PCS-SP y PASS-20 fue de 0,67 ($p < 0,001$), entre CIF y PASS-20 de 0,27 ($p = 0,05$) y entre CIF y PCS-SP de 0,03, sin significación estadística. La correlación con el consumo de fármacos fue de 0,41 con PASS-20 ($p = 0,003$), de 0,49 con PCS-SP ($p < 0,001$) y de 0,32 con CIF ($p = 0,024$). El coeficiente de correlación desde el inicio de los síntomas fue de -0,21 con CIF ($p = 0,14$), de -0,16 con PCS ($p = 0,26$) y de -0,25 con PASS-20 ($p = 0,08$). En relación con lo anterior, los autores concluyen que los niveles de ansiedad y catastrofización están fuertemente asociados entre sí, aunque ambos muestran una asociación débil con la capacidad funcional. Puntuaciones altas en las tres escalas supusieron un aumento del consumo de fármacos. Con mayor tiempo de evolución de la FM, parece disminuir el nivel de ansiedad, la catastrofización y la repercusión funcional¹⁶.

En relación con los efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, la calidad del sueño, la depresión y la calidad de vida en pacientes con FM, Arcos et al.¹⁷ realizaron un ensayo clínico aleatorizado. Mencionan que el objetivo de dicho ensayo era analizar los beneficios de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva sobre la ansiedad, la calidad del sueño, la depresión y la calidad de vida en pacientes con FM.

En su metodología, destacan que realizaron un estudio experimental con grupo control placebo, asignando de forma aleatoria a 56 pacientes a un grupo de intervención (ejercicios aeróbicos + técnicas de relajación progresiva) y a un grupo control placebo (programa de magnetoterapia simulada). Las dimensiones de estudio fueron la ansiedad (cuestionario STAI), la calidad del sueño (cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh), la depresión (test de depresión de Beck) y la calidad de vida (cuestionario SF-36). Las evaluaciones se realizaron al inicio y al finalizar las 10 semanas de tratamiento.

Dentro de los resultados de este estudio, destacan lo siguiente: finalizadas las 10 semanas de tratamiento, en el grupo de intervención se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0,05$) en la duración del sueño, la ansiedad rasgo y la calidad de vida. Por lo tanto, los autores concluyen que un programa combinado de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva contribuye a mejorar el descanso nocturno, la ansiedad rasgo y la calidad de vida en pacientes con FM¹⁷.

Por lo referido por Tuta et al.¹⁸, realizaron una revisión sistemática exploratoria en PubMed y Scopus, considerando artículos en inglés y en español, con datos sobre la FM en población sobreviviente a la infección por SARS-CoV-2. Revisaron los registros de ensayos clínicos de las bases de datos de la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de mapear la evidencia médica disponible sobre el impacto de la COVID-19 y el síndrome post-COVID en pacientes con y sin diagnóstico previo de FM.

Dentro de los resultados de dicha revisión, destacan lo siguiente: se incluyeron 12 artículos publicados: estudios retrospectivos ($n = 4$), transversales ($n = 2$), casos y controles

(n = 2), estudios cualitativos (n = 2), una cohorte prospectiva (n = 1) y un estudio de corte longitudinal (n = 1). La población total fue de 3.060 pacientes. Además, se incluyeron registros de un ensayo clínico controlado aleatorizado, un estudio observacional tipo transversal y uno de casos y controles. La suma total de la población estudiada fue de 173 participantes¹⁸.

En relación con lo anterior, los autores concluyen que los pacientes sobrevivientes a la COVID-19, con o sin diagnóstico previo de FM, pueden presentar un aumento del dolor crónico, insomnio, rigidez articular y un deterioro en la calidad de vida. La población con antecedente de FM puede verse más afectada por el estrés psicológico, la lesión tisular a estructuras neuromusculares y la inflamación provocada por la infección por SARS-CoV-2¹⁸.

1.5.3 Antecedentes nacionales

En relación con información nacional sobre la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en mujeres diagnosticadas con FM, Villalobos et al.¹⁹ llevaron a cabo un estudio piloto de tipo exploratorio en la zona norte de Costa Rica. El objetivo de dicha investigación era disminuir los indicadores de depresión a través de un procedimiento terapéutico grupal, con un enfoque cognitivo conductual, en pacientes diagnosticadas con FM. Se empleó un diseño cuasi-experimental de pre-test/post-test sin grupo control (de medidas repetidas) y con mediciones intermedias de los indicadores de depresión. Todas las medidas se registraron en el Inventario Múltiple de Depresión (MDI), instrumento desarrollado por David Berna, para medir indicadores de depresión (Valerio, 1997). El pre-test se utilizó para determinar el nivel de depresión inicial (línea base), mientras que el post-test se aplicó una vez concluido el proceso terapéutico, donde la variable independiente fue el tratamiento grupal cognitivo conductual¹⁹.

Dentro de la muestra utilizada por los investigadores se incluyeron todas las mujeres que asistieron a la Clínica de Fibromialgia del Hospital San Carlos, entre junio y julio del año 2003. Se aplicaron los respectivos consentimientos informados y se incluyeron en la investigación a las personas que obtuvieron puntajes superiores a 60 puntos en la escala del

MDI. Se logró obtener un total de quince participantes, de las cuales cinco desertaron en la segunda sesión de tratamiento. La muestra final consistió en diez participantes¹⁹.

Como instrumento de evaluación para el pretest y el post-test se utilizó el Inventario Múltiple de la Depresión (MDI), una escala que permite medir el grado de depresión y sus características, construida y aplicada por David Bernt en 1990, en los Estados Unidos de América. Existe una versión extensa compuesta por ciento dieciocho ítems (118) y una versión reducida que contiene cuarenta y siete ítems. La confiabilidad obtenida en muestras costarricenses a las que se aplicó el MDI mostró un valor de “0.80 o superior para la mayoría de las escalas, resultado que se considera excelente en inventarios de personalidad”¹⁹. Los datos que arroja el estudio piloto parecen demostrar un efecto importante del tratamiento grupal de tipo cognitivo conductual en la disminución de los indicadores de depresión en pacientes diagnosticadas con FM¹⁹.

Por otra parte, Quirós Ramírez M.²⁰ realizó una investigación sobre la hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con FM, empleando una metodología de investigación de métodos mixtos (Mixed Methods Procedures, Delgado y Gutiérrez, 1999; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio) que incluyó instrumentos cualitativos para conocer y evaluar diversos aspectos implicados en la percepción del dolor (creencias, emociones, conductas de las pacientes) e instrumentos cuantitativos para identificar el grado de percepción del dolor causado por el síndrome. Sin embargo, debido a factores de tiempo y espacio, una limitación del presente estudio fue que no incluyó un grupo control.

Esta autora menciona que la terapia se llevó a cabo en la ciudad de Heredia, Costa Rica, bajo la modalidad de un taller de ocho sesiones grupales, inicialmente con ocho mujeres entre 50 y 72 años, diagnosticadas con FM. El grupo fue seleccionado de una lista de personas con diagnóstico de FM proporcionada por la clínica de atención primaria de la ciudad Los Lagos de Heredia, en Costa Rica. En las primeras semanas, dos de las participantes fueron excluidas debido a problemas particulares de salud, por lo que el programa se completó con un grupo de seis mujeres. Estas seis mujeres también pertenecían al Programa de Adulto Mayor de la

Clínica CEDCAS de Los Lagos de Heredia, institución que otorgó el permiso para tratar a estas pacientes y prestó un espacio en sus instalaciones para llevar a cabo el taller²⁰.

Los resultados obtenidos en un taller de ocho sesiones en el que se utilizó la hipnosis en la disminución del dolor, bajo un enfoque cognitivo-conductual, a un grupo de seis personas diagnosticadas de FM en la ciudad de Heredia, Costa Rica, fueron significativos. Cada sesión fue estructurada en dos partes: una didáctica y otra orientada a la práctica de la hipnosis y la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. Se entregaron dos discos compactos, uno con sugerencias de seguridad y autocontrol y otro de disociación y disminución en la percepción del dolor. Antes y después del programa, se aplicó el Cuestionario de Dolor de McGill, la Escala Analógica Visual, la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de la Depresión de Beck. Los resultados revelan una disminución significativa del dolor, así como un nivel muy bajo de ansiedad y la desaparición total de la depresión que presentaron cinco de las participantes al inicio del programa²⁰.

Dentro de las conclusiones destaca lo siguiente: los resultados presentados en esta investigación responden de forma satisfactoria a la pregunta planteada al inicio de este trabajo. La implementación de la hipnosis, combinada con técnicas cognitivo-conductuales, confirma una incidencia directa y significativa en los factores atenuantes del dolor provocados por esta enfermedad. En Costa Rica, este tipo de intervención no ha sido utilizada previamente en pacientes con FM, y el tratamiento desarrollado en esta investigación se presenta como una intervención clínica valiosa y esperanzadora que permite una mejora efectiva en el/la paciente²⁰.

El conocimiento de la enfermedad y su sintomatología, así como la capacidad de aplicar herramientas de control interior e identificar distorsiones cognitivas y su repercusión emocional, ha permitido a las participantes pasar de un estado de indefensión e impotencia a uno de control y poder sobre su sintomatología. El saber de técnicas que potencian su control sobre esta condición, así como manejar diferentes estrategias de afrontamiento, ha permitido a las participantes reevaluar su autoestima y poder interior. Se torna necesario realizar más estudios con grupos control que empleen esta combinación de herramientas para permitir una

mayor evidencia de la terapia y el mantenimiento a largo plazo de las mejoras en los pacientes²⁰.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermedades reumatológicas

La FM es una enfermedad de origen reumatológico, caracterizada por dolor crónico generalizado. Antes de entrar en detalles, se hace necesario mencionar ciertas definiciones en contexto a esto. En relación con lo anterior, Martínez et al.²¹ refieren lo siguiente:

Son un grupo de enfermedades con afectación musculoesqueléticas, que impactan negativamente en la calidad de vida consecuente a la discapacidad locomotora, siendo la osteoartritis, artritis reumatoide, gota y FM las de mayor prevalencia en la actualidad²¹.

2.2 Reumatismo, antigua definición de enfermedad

Es importante aclarar el término “reumatismo”, ya que actualmente se sabe que no hace referencia a una sola enfermedad. Es más preciso hablar de “enfermedades reumáticas”, dado que el descriptor “reumatismo” resulta particularmente ambiguo²¹.

2.3 Fisiopatología y clasificación del dolor

Dado que el dolor crónico generalizado es el síntoma más común e incapacitante en los pacientes con FM, a continuación, se detallará un apartado básico sobre el dolor. En esta misma línea, Del Arco²² refiere lo siguiente:

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño”²².

2.3.1 Epidemiología del dolor

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica y el motivo más habitual de solicitud de medicamentos sin receta. Tanto su prevalencia como su intensidad son mayores en las mujeres y también aumentan con la edad. El más frecuente es el dolor osteoarticular (principalmente la lumbalgia), seguido de las cefaleas y, a mayor distancia, el dolor torácico y el abdominal.²²

2.3.2 Tipos de dolor

En esta línea, es importante detallar los tipos de dolor de acuerdo con su duración, origen y localización, debido a que esto es un punto clave a la hora de esclarecer el diagnóstico en ciertas patologías.

2.3.2.1 Según su duración

Dolor agudo:

Es un fenómeno de corta duración que generalmente se asocia a un daño tisular y desaparece con la curación de este último. Suele estar claramente localizado y su intensidad se relaciona con el estímulo que lo produce. Se acompaña de reflejos protectores, como la retirada de la extremidad dañada o espasmos musculares y produce un estado de excitación y estrés que conlleva un incremento de la presión arterial²².

Dolor crónico:

Tiene una duración de más de 3 o 6 meses, se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó o se asocia a una afección crónica. Tanto la intensidad como la etiología y el patrón de evolución son muy variables. No tiene una acción protectora

y está especialmente influenciado por los factores psicológicos, ambientales y afectivos²².

2.3.2.2 Según su origen

Dolor nociceptivo:

Es el causado por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (lesión, inflamación, infección, enfermedad). Como ocurre con el dolor agudo, suele haber una relación directa entre su intensidad y la gravedad de la agresión²².

Dolor neuropático:

Se origina por un estímulo directo del sistema nervioso central (SNC) o una lesión de los nervios periféricos. No se relaciona, por tanto, con la estimulación de las terminales sensitivas y suele acompañarse de disestesias y parestesias²².

Dolor psicógeno

No se debe a una estimulación nociceptiva ni a una alteración neuronal, sino que tiene una causa psíquica (depresión, hipocondría) o bien se trata de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico que se debe a factores psicológicos²².

2.3.2.3. Según su localización

El dolor nociceptivo se divide en:

Dolor somático:

Cuando se estimulan los receptores de la piel, el sistema musculoesquelético o vascular. Se caracteriza por estar bien localizado y aunque con frecuencia es punzante, su tipología varía de unos pacientes a otros²².

Dolor visceral:

Se debe a lesiones o disfunciones de los órganos internos, aunque hay vísceras que no duelen, como el hígado o el pulmón. Es profundo, continuo y mal localizado e irradia incluso a zonas alejadas del punto de origen²².

A continuación, se detalla una figura donde se informan términos relacionados con el dolor:

Figura 1. Términos relacionados con el dolor.

Umbral de dolor
Intensidad mínima que debe tener un estímulo para que sea percibido como doloroso.
Tolerancia al dolor
Intensidad máxima de un estímulo doloroso que resulta aceptable para un paciente en una determinada situación.
Dolor referido
El que se percibe en partes de cuerpo muy alejadas del punto en el que se encuentra la patología o lesión que lo produce.
Dolor irradiado
El que se transmite a zonas adyacentes a su punto de origen, generalmente a lo largo de un nervio.
Neuropatía
Trastorno de la función o patología de un nervio.
Neuritis
Inflamación de un nervio.
Cólico
Dolor abdominal acompañado de retortijones, ansiedad, sudores y vómitos.
Alodinia
Dolor producido por un estímulo que normalmente no causa dolor.
Anestesia
Privación total de la sensibilidad a los estímulos.
Hiperestesia
Sensibilidad incrementada ante un estímulo.

Fuente: ilustración tomada de *Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico*²².

Continuando con la idea anterior, Hall.²³, en el libro *Guyton y Hall Tratado de Fisiología Médica*, refiere lo siguiente en relación con la fisiología del dolor:

2.4 Receptores para el dolor y su estimulación

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, se encuentran extendidos en las capas superficiales de la piel, así como en ciertos tejidos internos, como periostio, las paredes arteriales, las superficies articulares y hoces y la tienda en la bóveda craneal²³.

2.4.1 Estímulos que excitan los receptores para el dolor: mecánicos, térmicos y químicos

El dolor puede despertarse por múltiples estímulos, que se dividen en estímulos dolorosos mecánicos, térmicos y químicos. A grandes rasgos, el dolor rápido se suscita a partir de los tipos de estímulos mecánico y térmico, mientras que el dolor lento puede surgir con cualquiera de los tres²³.

2.4.2 Naturaleza no adaptativa de los receptores para el dolor

Al revés que la mayoría de los otros receptores sensitivos del cuerpo, la adaptación de los receptores para el dolor es muy escasa y a veces nula en absoluto. En realidad, bajo ciertas condiciones, la excitación de la fibras para el dolor crece cada vez más, sobre todo el tipo lento, sordo, nauseoso, si el estímulo doloroso persiste, este aumento de la sensibilidad en los receptores para el dolor se llama hiperalgesia²³.

2.4.3 Velocidad de la lesión tisular como estímulo para el dolor

Cualquier persona media empieza a percibir dolor cuando la piel se calienta por encima de 45 °C. Esta también es la temperatura a la que comienzan a dañarse los tejidos por el calor; en efecto, al final acabarán quedando destruidos si la temperatura permanece por encima de este nivel indefinidamente. Por tanto, de inmediato salta a

la vista que el dolor producido por el calor guarda una íntima relación con la velocidad de la lesión tisular y no con el daño total que ya haya sucedido²³.

2.4.4 La isquemia tisular como causa de dolor

Cuando queda bloqueado el flujo sanguíneo hacia un tejido, este suele volverse muy doloroso en cuestión de unos minutos. Cuanto mayor sea el metabolismo de este tejido, más rápida será la aparición del dolor ²³.

2.4.5 El espasmo muscular como causa de dolor

El espasmo muscular también es una causa frecuente de dolor y representa el fundamento de muchos síndromes clínicos dolorosos. En este caso, probablemente obedece en parte al efecto directo que ejerce el espasmo muscular sobre la estimulación de los receptores para el dolor mecanosensibles, pero también podría desprenderse del efecto indirecto causado por este fenómeno al comprimir los vasos sanguíneos y generar una isquemia²³.

2.4.6 Vías dobles para la transmisión de las señales de dolor en el sistema nervioso central

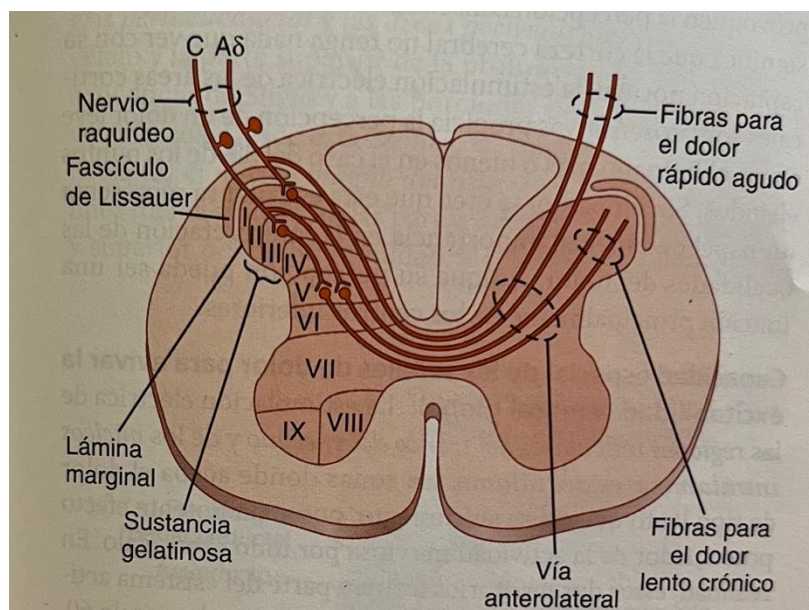
A pesar de que todos los receptores para el dolor consisten en terminaciones nerviosas libres, estas estructuras utilizan dos vías distintas para transmitir sus señales respectivas hacia el sistema nervioso central. Ambas guardan una correspondencia básica con los dos tipos de dolor: una vía para el dolor rápido agudo y otra vía para el dolor lento crónico²³.

2.4.7 Fibras periféricas para el dolor: fibras «rápidas» y «lentas»

Las señales correspondientes al dolor rápido agudo nacen con estímulos dolorosos de tipo mecánico o térmico; su transmisión sigue los nervios periféricos hasta la médula espinal a través de pequeñas fibras de tipo AS a una velocidad entre 6 y 30m/s.

En relación con lo anterior, a continuación, se presenta una figura donde se ilustra la transmisión de señales de dolor rápido agudo y lento crónico, hacia la medula espinal y a través de esta hacia el cerebro.

Figura 2. Transmisión de señales del dolor rápido agudo y lento crónico.



Fuente: ilustración tomada de Guyton y Hall *Tratado de Fisiología Médica*²³.

2.4.8 Vías dobles para el dolor en la médula y en el tronco del encéfalo: los fascículos neoespinotalámico y paleoespinotalámico

Al penetrar en la médula espinal, las señales de dolor toman dos caminos hacia el encéfalo, a través: 1) fascículo neoespinotalámico, 2) fascículo paleoespinotalámico²³.

2.4.9 Fascículo neoespinotalámico para el dolor rápido

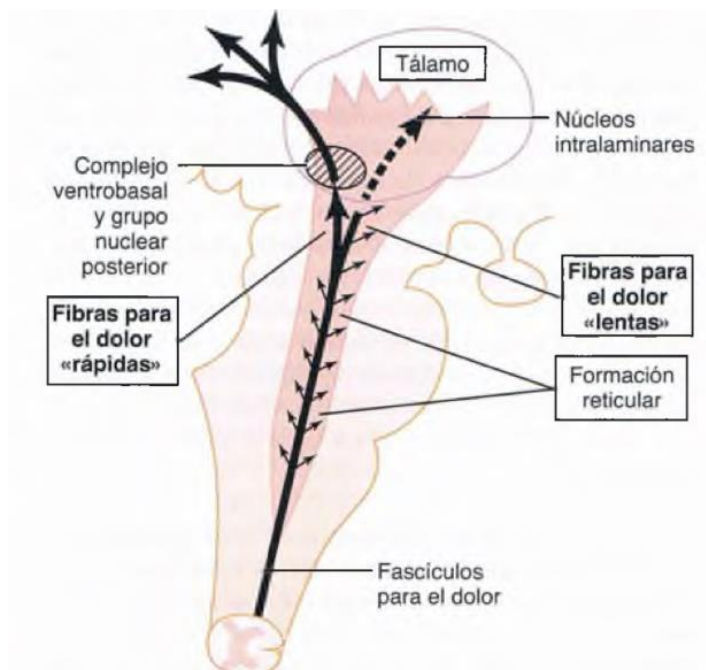
Las fibras rápidas para el dolor de tipo A8 transmiten básicamente esta sensación en la modalidad térmica aguda y mecánica. Acaban sobre todo en la lámina 1 (lámina marginal) de las astas dorsales, y allí excitan las neuronas de segundo orden pertenecientes al fascículo neoespinotalámico.²³.

2.4.10 Terminación del fascículo neoespinotalámico en el tronco del encéfalo y el tálamo

Unas pocas fibras del fascículo neoespinotalámico acaban en la formación reticular del tronco del encéfalo, pero la mayoría pasan de largo hacia el tálamo sin realizar paradas, y terminan en el complejo ventrobasal junto al fascículo de la columna dorsal-lemnisco medial encargado de la sensibilidad táctil.²³.

A continuación, se presenta la figura 3, que ilustra la transmisión de señales dolorosas hacia el tronco del encéfalo, el tálamo y la corteza cerebral a través de la vía del dolor rápido punzante y la vía del dolor lento urente.

Figura 3. Transmisión de señales dolorosas hacia el tronco del encéfalo, tálamo y corteza cerebral.



Fuente: ilustración tomada de *Guyton y Hall Tratado de Fisiología Médica*²³.

2.5 Fibromialgia

Entrando propiamente al tema de la FM, lo primero que cabe mencionar es la definición de esta. En relación con lo anterior, Ramírez et al.²⁴ indican lo siguiente:

Es una enfermedad que representa la tercera causa de dolor musculoesquelético crónico, después de la artrosis de rodilla y lumbago. Está asociada con fatiga, alteraciones del sueño, problemas de memoria y del ánimo y síntomas somáticos, de intensidad variable y relacionados con las comorbilidades de los pacientes.

2.5.1 Epidemiología de la FM

En relación con la epidemiología, Cabo et al.²⁵ refieren lo siguiente: “La FM afecta como promedio a un 2,10 % de la población mundial; al 2,31 % de la europea; al 2,40 % en la población española”²⁵. Además, estos mismos autores refieren que la FM supone una dolorosa pérdida de la calidad de vida de las personas que la presentan y los costes económicos son enormes: en el caso español, se han estimado en más de 12 993 millones de euros anuales²⁵. Cabe destacar que, a nivel nacional, se carece de un porcentaje exacto acerca de la epidemiología; sin embargo, los autores de investigaciones nacionales acerca de la FM mencionan las cifras de afectación de promedio general a nivel mundial. En cuanto a los datos epidemiológicos, Solano Pochet²⁶ refiere lo siguiente:

Fibromialgia es una causa común de dolor crónico y la causa más común de dolor musculoesquelético generalizado en mujeres de 20 a 55 años, es más común en mujeres. Ocurre con mayor frecuencia en individuos ambiciosos, ocupados, con estrés constante y desempleados. La prevalencia incrementa con la edad y nivel de educación²⁶.

2.5.2 Historia de la FM

En relación con hechos históricos acerca de la FM, Arredondo et al.²⁷ indican los siguientes hechos:

En 1750, el médico británico sir Richard Manningham en su publicación “Síntomas, naturaleza, causas y cura de la febrícula o fiebre pequeña: comúnmente llamada fiebre nerviosa o histérica; la fiebre de los espíritus; vapores, hipo o bazo”, cita descripciones similares a las hechas por Hipócrates que podrían corresponder a fibromialgia.

Por otra parte, en 1947, Boland y Corr, oficiales médicos del ejército estadounidense propusieron que la fibrositis no era más que un “reumatismo psicógeno”. Phillip Ellman, en 1950, junto con David Shaw, respaldan esta teoría, y a partir del año 1963, se establece una escuela psico-reumática donde se hace referencia al dolor por auto

alimentación, en donde una personalidad especial provoca una tensión mantenida que genera espasmo muscular y éste, a su vez, genera dolor, completándose de esta manera el círculo estrés-espasmo-dolor⁷.

Por último, en 1968, Kraft, Johnson y Kabam, establecen criterios diagnósticos basados en los puntos sensibles, la dermatografía y el alivio con el enfriamiento a base de cloruro de etilo. En 1972, Hugh Smythe describe la enfermedad en los términos modernos, “dolor generalizado y puntos de sensibilidad”. En 1975, Harvey Moldofsky y el mismo Smythe, realizaron el primer estudio con electroencefalogramas, donde descubrieron que los pacientes con fibrositis mostraban un patrón de inclusión de ondas alfa, propias del sueño superficial, en lugar de las ondas delta del sueño profundo, dando la impresión de un sueño no reparador. En 1976, Hensch propone el término de “fibromialgia”, y lo define como una forma de reumatismo no articular. En 1992, la FM es reconocida como una enfermedad por la OMS y es clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en cuya revisión CIE-10 la clasifica dentro de los reumatismos²⁷.

2.5.3 Clasificación de la FM

A continuación, se detalla una clasificación de la FM que permite clasificar a los pacientes en cuatro grupos. En relación con lo anterior, Elenguer et al.²⁸ refieren lo siguiente:

Fibromialgia idiopática (tipo I)

Estos autores refieren que es un subgrupo con FM con sensibilidad extrema al dolor, no asociada con procesos psiquiátricos. En este subgrupo de pacientes no se identifican procesos sistémicos o locales asociados ni enfermedades psiquiátricas y, por tanto, se desconoce por completo la etiopatogenia del proceso²⁸.

Fibromialgia asociada con enfermedades crónicas (tipo II)

A pesar de que han descrito casos de FM en pacientes con enfermedades crónicas de casi cualquier etiología (degenerativa, autoinmune, endocrinológica, infecciosa o neoplásica), no cabe duda de que la gran mayoría de casos se diagnostican en pacientes con enfermedades crónicas que cursan con disfunción y, sobre todo, con dolor diario (en mayor o menor grado). La mayoría de estas enfermedades pueden encuadrarse dentro del ámbito reumatológico y autoinmune²⁸.

Fibromialgia asociada con enfermedades sistémicas (tipo IIa)

Refieren que son aquellos pacientes que presentan enfermedades reumatológicas y autoinmunes con afectación sistémica, donde destaca la artritis reumatoide, espondiloartropatías inflamatorias hasta las autoinmunes sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, miopatías inflamatorias²⁸.

En este subgrupo de pacientes, la principal hipótesis etiopatogénica sería la aparición de la FM como consecuencia del carácter crónico de sus enfermedades de base, para lo que resulta especialmente importante definir con la mayor exactitud posible el momento temporal de diagnóstico de la enfermedad de base y la fecha en la que se diagnosticó la FM. En ocasiones, no es fácil e, incluso, podrían incluirse en este grupo pacientes con aparición simultánea de ambos procesos, pero siempre debe intentarse separar en el tiempo la aparición de la enfermedad de base respecto a la FM²⁸.

Fibromialgia asociada con enfermedades crónicas locorreionales (tipo IIb)

Se han descrito la existencia de FM en pacientes con procesos locorreionales de evolución crónica, de los que destacan las alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas extensas del raquis (lumbalgia crónica) y las enfermedades metabólicas óseas, como la osteoporosis y la osteomalacia²⁸.

Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas (tipo III)

El aspecto clave en la clasificación de estos pacientes es intentar llegar a un diagnóstico de alteración psicopatológica previa al diagnóstico de la FM. En este subgrupo de pacientes resulta crucial la contribución del psiquiatra, que debe evaluar con detalle los aspectos psicopatológicos y sociales que influyen en el estado de salud del paciente²⁸.

La FM en estos pacientes se considera una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente tanto de tipo afectivo como de personalidad, en la que el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente²⁸. Cabe destacar que la presente investigación se relaciona íntimamente con este tipo de FM, ya que más adelante se abarcará el manejo psiquiátrico que se les brindan a estas pacientes y las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes²⁸.

Fibromialgia simulada (tipo IV)

Por último, el enorme impacto mediático y social de la FM ha originado un aumento exponencial de las consultas que reciben especialmente los médicos de atención primaria y los reumatólogos por parte de pacientes que presentan un cuadro clínico que sindrónicamente sugiere una FM. Simulan el padecimiento de una enfermedad cuyas características son fácilmente conocidas a través de Internet y que no posee una prueba o grupo de pruebas objetivo que permitan un diagnóstico de certeza²⁸.

2.5.4 Etiopatogenia de la FM

De acuerdo con lo expuesto por Guzmán et al.², en relación con la etiopatogenia de la FM, exponen lo siguiente:

Existen componentes genéticos y ambientales que pueden propiciar el desarrollo de la FM, estos factores se dividen en factores genéticos y factores ambientales. Se ha observado una predisposición genética a desarrollar FM con una probabilidad ocho veces mayor en familiares directos de un paciente con esta patología, además en

diversos estudios se han descrito polimorfismos en el gen catecol-o- metiltransferasa, existiendo así un déficit en la degradación de las catecolaminas.

En lo que respecta al factor ambiental se ha observado que en quienes durante su niñez sufrieron situaciones como conflictos familiares, limitación económica, abuso sexual, socialización inadecuada, muerte de alguno de los padres, etc. La FM se presenta con mayor frecuencia.

El dolor crónico se ha descrito como posible factor del desarrollo de FM, ya que ante dicho dolor habrá una sensibilización de las fibras ascendentes, las cuales viajan al cordón posterior de la médula espinal llegando a la corteza y tálamo a través del haz espinotalámico, al estar facilitadas estas vías generarán también, ante estímulos continuos, que disminuya la respuesta inhibitoria al dolor. Todo esto en conjunto traerá consigo una sensación anormal de dolor y anodinia².

2.5.4.1 Fisiopatología de la FM

La FM es una patología que engloba múltiples factores asociados a su fisiopatología como infecciones, estrés, obesidad, depresión, trauma y ansiedad. En relación con lo anterior Guzmán et al.² exponen lo siguiente:

2.5.4.2 Genética

Se ha evidenciado que los pacientes que tienen un familiar en primer grado con esta patología, tienen una probabilidad ocho veces mayor de desarrollar la enfermedad. Se han encontrado polimorfismos en los genes catecol- O-metiltransferasa, receptor de dopamina tipo 4, serotonina 5 hidroxitriptamina y receptor de serotonina².

2.5.4.3 Factores estresantes y ambientales

Por otra parte, varias infecciones se han relacionado con el desarrollo de la FM como infección por virus de Epstein Barr, parvovirus y enfermedad de Lyme, aunque se ha descrito que cualquier infección que provoque elevadas temperaturas y periodos prolongados en cama puede ser detonante de desarrollar fibromialgia. Se ha asociado a mayor probabilidad de desarrollar fibromialgia a pacientes que han sufrido situaciones estresantes tales como abuso infantil, catástrofes y exposición a la guerra².

2.5.4.4 Centralización del dolor

Los pacientes con fibromialgia muestran una sensibilidad hiperalgesia a la estimulación mecánica, térmica y eléctrica. El dolor generalizado central ocurre por una lesión constante y repetida en las fibras nociceptivas periféricas cuyo núcleo y relevo neuronal se encuentran desde la médula hasta el dorsal, generando así poco a poco un dolor generalizado por la facilitación de vías nerviosas.

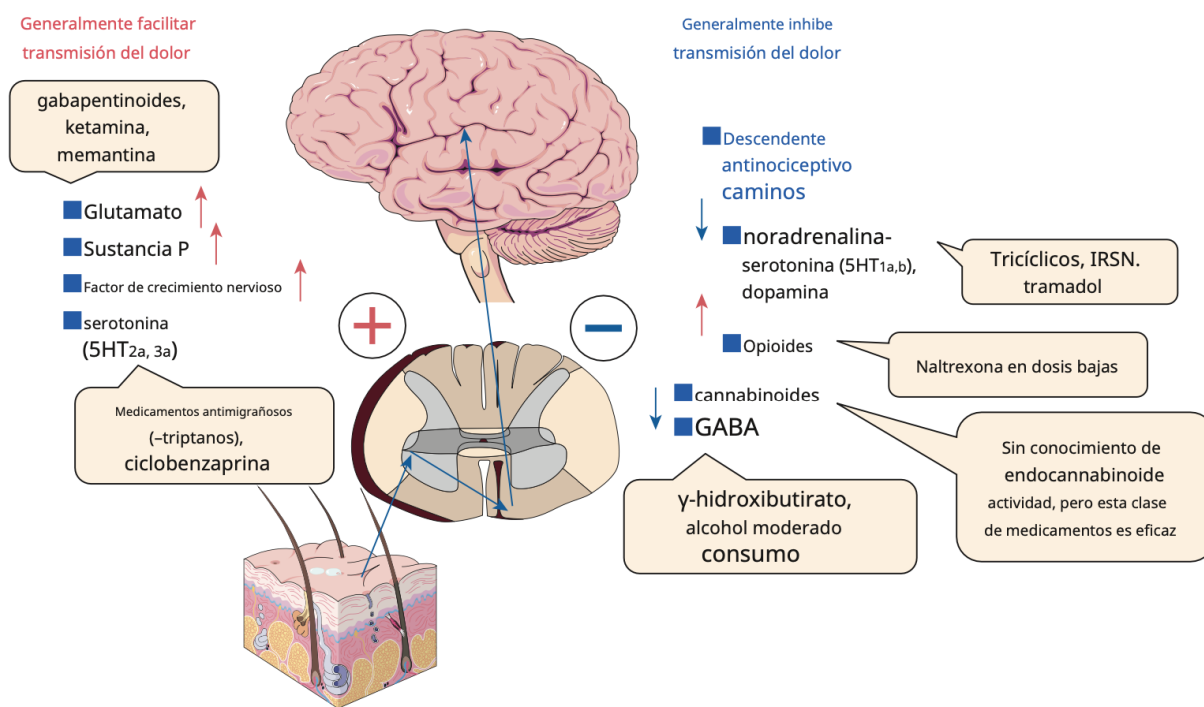
Estos autores refieren que, A nivel cerebral se ha detectado una disminución en el funcionamiento talámico así como cambios morfológicos en el giro temporal derecho talamo posterior izquierdo y aumento de la sustancia gris. Además en la FM está alterado el mecanismo de amortiguación descendente, mediante el cual se modula la respuesta al dolor, mecanismo que está inhibido en las personas con fibromialgia.

Por otra parte, se ha demostrado mediante estudios de PET que en pacientes con diagnóstico de fibromialgia la liberación de dopamina se reduce ante estímulos dolorosos. También se ha descubierto un componente endocrinológico, ya que se observan alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con un exceso de cortisol sin fluctuaciones durante el día y que reduce la respuesta suprarrenal ante el estrés.

Por último, se ha descrito que en pacientes con fibromialgia la capacidad de vasoconstricción microcirculatoria se ve reducida, propiciando así la hipotensión. También se han detectado alteraciones del sueño y anomalías cardíacas².

A continuación, se presenta la figura 4, que ilustra los neurotransmisores del sistema nervioso central (SNC) que influyen en el dolor. Estos neurotransmisores establecen la ganancia o el control de volumen en el procesamiento del dolor del SNC. El SNC, compuesto por la médula espinal y el cerebro, establece la ganancia en el procesamiento del dolor y puede actuar para facilitar o inhibir la transmisión del dolor. Los sistemas de neurotransmisores de la izquierda tienden a aumentar o facilitar la transmisión del dolor, mientras que los de la derecha generalmente la inhiben. Las flechas indican la dirección de la anomalía en los niveles de ese neurotransmisor en la FM. Casi todos los sistemas de neurotransmisores que aumentan la ganancia se incrementan en la FM, mientras que casi todos los sistemas que generalmente disminuyen la ganancia se reducen en la FM. El sistema opioide endógeno es la excepción, con aumentos en la actividad de los opioides endógenos en la FM. Además, se cree que esto podría ser una de las razones por las que los opioides parecen ser menos eficaces en la FM. Junto a cada neurotransmisor se encuentran las clases de fármacos que son eficaces en la FM y que probablemente ejerzan sus efectos, al menos en parte, a través de ese sistema de neurotransmisores²⁹.

Figura 4. Neurotransmisores del SNC que influyen en el dolor en los pacientes con FM.



Fuente: figura tomada de *Fibromialgia y condiciones relacionadas*²⁹.

2.6. Datos clínicos en la FM

Los pacientes que padecen FM sufren de dolor generalizado, acompañado de otros síntomas como: fatiga, sueño de mala calidad, dolor de cabeza, cistitis intersticial, ansiedad, depresión, entre otros². A continuación, se explican una serie de manifestaciones clínicas que se presentan comúnmente en las pacientes con FM:

2.6.1 Dolor

El síntoma cardinal de la enfermedad es el dolor, es un tipo de dolor muscular profundo, intenso, palpitante, quemante y persistente que afecta toda la superficie corporal. Este síntoma puede ser progresivo, se desarrolla lentamente a lo largo de los años o puede aparecer de forma aguda después de un trauma (ya sea físico o emocional)².

2.6.2 Desórdenes del sueño

Otro de los síntomas más frecuentes que aqueja a los pacientes (hasta 90 % de los pacientes con FM) es la mala calidad del sueño y desórdenes del mismo y se ha demostrado en diversos estudios que hay una estrecha relación entre el dolor y la mala calidad del sueño de los pacientes (esto crea un círculo vicioso, la mala calidad del sueño provoca dolor y el dolor provoca mala calidad del sueño)².

En esta misma línea, Prados et al.³⁰ refieren lo siguiente en cuanto a las patologías del sueño asociadas con las pacientes con FM:

Las personas que padecen FM cumplen con los requisitos diagnósticos de diversas patologías bien definidas por la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño. Las distintas características descritas respecto a la continuidad y arquitectura del sueño son compatibles con el diagnóstico de insomnio, que es el trastorno más frecuente en estos pacientes, y afectaría a la mayoría de personas con fibromialgia.

Además, los pacientes con FM pueden presentar síndrome de apnea del sueño, síndrome de movimientos periódicos de las piernas durante el sueño y síndrome de piernas inquietas. Además estos autores refieren que, la presencia de problemas respiratorios durante el sueño en personas que padecen FM puede ser una de las causas de la exacerbación del dolor y del marcado empeoramiento de la calidad del sueño.

Otro trastorno del sueño frecuente en la FM y que dificulta la consolidación de un sueño reparador es el síndrome de piernas inquietas, caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y un impulso incontrolable de moverlas durante el descanso. En la FM esta condición puede llegar a ser hasta 10 veces más frecuente que en los sujetos que no padecen este síndrome. Los pacientes con FM y síndrome de piernas inquietas muestran un marcado empeoramiento de los síntomas relacionados con una mala calidad de sueño, especialmente manifiestan un notable incremento en la somnolencia diurna³⁰.

2.6.3 Dificultades cognitivas

En relación con las dificultades cognitivas, estudios han demostrado que un 50 a un 90 % de los pacientes con esta patología presentan dificultades del lenguaje, déficit de atención y otro tipo de desórdenes del pensamiento. Estos síntomas descritos previamente pueden exacerbase a causa de factores relacionados como el dolor, la fatiga, depresión y mala calidad del sueño².

En línea con lo anterior, Leza³¹ refiere lo siguiente:

Algunos psiquiatras incluyen la FM y los síndromes de dolor crónico dentro de un grupo denominado enfermedades del espectro afectivo (*affective spectrum disorder*, ASD), junto con depresión mayor, déficit de atención con hiperactividad, bulimia nerviosa, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, síndrome de colon irritable, migraña, trastorno obsesivo-compulsivo, reacciones de pánico, trastorno por estrés postraumático, trastorno premenstrual y fobia social, todas ellas entidades que responden –en distintos grados– a tratamientos antidepresivos³¹.

Por su parte, Gelonch et al.³² mencionan lo siguiente en cuanto dificultades cognitivas:

Las diferentes investigaciones que han registrado el grado de repercusión de la disfunción cognitiva en la calidad de vida de las personas con FM coinciden en señalar este aspecto como claramente relevante, calificando los problemas de memoria y atención con gran impacto en la funcionalidad de los pacientes, después de los problemas derivados del dolor, la rigidez matutina, los trastornos del sueño y la fatiga³².

2.6.4 Síntomas neurológicos

“También debemos tener en cuenta que 95 % de los pacientes muestran síntomas consistentes con neuropatía periférica como parestesias, entumecimiento, sensibilidad a cambios extremos de temperatura, dolor severo a la presión o debilidad en extremidades”².

Hay evidencia de que los pacientes con FM presentan las siguientes anormalidades neurológicas detectables²:

- Hipoestesias 88 %
- Dolor neuropático 80 %
- Debilidad en extremidades 90 %
- Incremento en la latencia de los reflejos de Hoffmann 33 %
- Desmielinización segmentaria sin signos de inflamación (que indica la ausencia de polineuropatía inflamatoria) 36 %
- Dolor radicular (en cuello 42 %, en espalda 53 % y radiado a pierna 19 %) }

2.7 Estudios de neuroimagen en la FM

Cabe mencionar que diversas investigaciones actuales sugieren que la FM es una enfermedad causada por una alteración en el procesamiento de la señal dolorosa en el SNC. En los últimos años, gracias al avance de las técnicas de imagen cerebral no invasivas, se ha podido investigar cómo actúan las diferentes áreas del sistema nervioso en la etiopatogenia de enfermedades que hasta ahora se consideraban de perfil funcional³³.

2.7.1 Tipos de estudios en neuroimagen

En relación con lo anterior, Gómez et al.³³ mencionan los tipos de estudios en neuroimagen aplicadas en el estudio de pacientes con FM:

Hasta ahora se han utilizado diferentes técnicas de imagen cerebral en el estudio de la FM, que podemos agrupar en cinco clases: estudios de actividad metabólica basal, estudios anatómicos, estudios moleculares, estudios tras aplicación de un estímulo o realización de una tarea y estudios tras tratamiento experimental³³. A continuación se detallan los siguientes:

2.7.2 Estudios de actividad metabólica basal

Inicialmente, la forma de valorar la función cerebral se basaba en estudios que medían el metabolismo basal, en sujetos que no realizaban ninguna tarea, y no se aplicaba ninguna intervención sobre ellos. Habitualmente se trataba de estudios con grupo control, emparejando a los pacientes con FM con sujetos sanos de similares características demográficas. Con ellos se esperaba encontrar la alteración metabólica que diferenciase la FM del resto de la población, y que sirviera como marcador de su gravedad³³.

2.7.3 Estudios anatómicos

Se basan en el simple estudio de la estructura cerebral, no requieren la participación del sujeto en ninguna tarea en particular y no se realiza actividad experimental alguna. Miden la cantidad de sustancia gris y sustancia blanca de cada área cerebral. Además, refieren que utilizan la RM como base para su estudio. Una técnica complementaria es el análisis del espesor cortical, que estima el espesor del manto de la corteza cerebral³³.

Dentro de los resultados que exponen estos autores se encuentran los siguientes:

2.7.4 Cambios anatómicos de la sustancia gris

En el primer estudio en que se valoraron las alteraciones estructurales de la sustancia gris en 10 pacientes con FM, se objetivó una reducción de la cantidad total de esta, que además fue más prominente en pacientes de mayor edad. Estudios posteriores con mayor número de pacientes muestran, en cambio, reducciones parciales de la sustancia gris, sobre todo en áreas que están consideradas parte integral de las vías relacionadas con el dolor, como la corteza cingulada anterior y medial, la corteza prefrontal medial y la ínsula³³.

2.7.5 Cambios anatómicos en la sustancia blanca

Existe evidencia de que una baja fracción de anisotropía, o lo que es lo mismo, una disminución de la mielinización de la sustancia blanca, se relaciona con una baja difusividad axial. Además en la FM hay estudios que han descrito cambios en la sustancia blanca. En uno de ellos se objetiva reducción global en la sustancia blanca, en regiones que conectan con la sustancia gris³³.

2.8 Comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociados a FM

Tomando en cuenta lo expuesto por diversos autores, donde refieren una asociación de la FM con trastornos psiquiátricos, el siguiente apartado de esta investigación se dedicará a identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentemente asociadas con la FM. En relación con lo anterior, Revuelta et al.⁸ exponen lo siguiente:

La depresión y la ansiedad son patologías con una alta prevalencia en la actualidad, en cuya etiología influyen tanto factores endógenos como exógenos, entre los que cabe destacar una sociedad cada vez más exigente en el terreno personal, la actividad laboral estresante, la situación económica, etc. En la población sin el padecimiento de fibromialgia existe una alta prevalencia de estas patologías, pero se ha descrito una mayor asociación con la fibromialgia⁸.

2.9 Clínica de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con FM

La depresión como síndrome comprende una serie de síntomas cardinales, que pueden variar en cuanto a presencia y a intensidad, en función del paciente⁸. A continuación, se detallan los síntomas básicos:

2.9.1 Síntomas afectivos

El síntoma nuclear es la tristeza patológica o humor depresivo. Se caracteriza por un sentimiento negativo, desagradable, displacentero, que a veces resulta difícil de expresar, e incluso de percibir. En ocasiones esta tristeza puede quedar enmascarada por la sintomatología restante, como podría ser el caso de los pacientes afectos de FM, en los que es más frecuente la presencia de somatizaciones que un humor realmente deprimido. Otros síntomas afectivos que pueden presentarse son: disforia (ánimo depresivo con sensación de malestar general, mostrándose irritados, enfadados, pesimistas), anhedonia (disminución o incapacidad para obtener placer), ansiedad y angustia, irritabilidad, apatía⁸.

2.9.2 Síntomas cognitivos

Puede aparecer un enlentecimiento del curso del pensamiento (bradipsiquia). El contenido del pensamiento se caracteriza por ser negativista, pesimista, con excesivas preocupaciones y rumiaciones negativas y desagradables. Pueden aparecer sentimientos de desesperanza, inutilidad, baja autoestima, ruina, hipocondría, ideas de muerte y suicidio. Estas pueden ser ideas sobrevaloradas o ser realmente delirantes. Dentro de la esfera cognitiva, no es infrecuente la aparición de clínica pseudodemencial, que suele remitir al mejorar el estado del ánimo⁸.

2.9.3 Síntomas somáticos

En el caso de pacientes con enfermedades médicas, suelen ser los síntomas que con mayor frecuencia aparecen⁸. Distinguiremos entre:

- **Trastornos vegetativos:** destaca la astenia y fatigabilidad, lo que produce una falta global de vitalidad, sobre todo en las primeras horas del día. Aparecen cefaleas atípicas, algias diversas, trastornos digestivos (pérdida de apetito o bulimia, sequedad de boca, dispepsias, alteraciones del ritmo intestinal), pérdida de la libido (pérdida de

interés sexual, impotencia por falta de erección o frigidez), y trastornos del equilibrio (como vértigos)⁸.

- **Trastornos de los ritmos vitales:** alteración del ritmo circadiano actividad-descanso (se pueden presentar dos patrones, uno en el que el paciente se encuentra peor por la mañana, y se produce mejoría vespertina, o viceversa), ritmo del sueño (suele aparecer insomnio de mantenimiento, con lo que el paciente presenta somnolencia diurna y sueño no reparador), ritmo estacional (el patrón más frecuente es el empeoramiento o recaída en primavera y otoño, sobre todo en el cambio de estación)⁸.

2.9.4 Síntomas conductuales

Llanto frecuente e inmotivado, alteraciones de la actividad psicomotora, disminución del rendimiento en los diferentes aspectos de la vida, y tendencia al aislamiento. Las alteraciones más graves son el intento de suicidio y el suicidio consumado (poco frecuentes en fibromialgia).

En la fibromialgia la clínica depresiva suele derivar de diversos motivos, ya que estos pacientes tardan un período de tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico, por lo que pasan por una fase de incomprensión, vacío, en el que ni profesionales ni familiares comprenden lo que les ocurre. A esto se le unen las dificultades en la vida diaria debidas a la propia clínica de la fibromialgia. Tampoco podemos descartar que sean dos procesos independientes que se solapan en el tiempo, por lo que como hemos citado anteriormente, es necesario realizar una correcta anamnesis⁸.

En las alteraciones afectivas en general, existen diferentes síndromes o subtipos depresivos que sirven de partida para el estudio de esta patología psiquiátrica. En el caso de la FM⁸, los cuadros más frecuentes que podemos encontrar son:

2.10 Trastornos adaptativos con humor depresivo, o ansioso-depresivo

Son cuadros reactivos a la propia enfermedad, no llegan a cumplir los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor ni de distimia, por la intensidad o duración de la sintomatología. Suelen remitir con el tratamiento adecuado. En los casos en los que existe también sintomatología ansiosa (que explicaremos más adelante), esta suele enmascarar la clínica depresiva⁸.

2.11 Distimia

Es el término que se utiliza para la depresión crónica, tanto en el DSM-V como en el CIE-10. Sería un cuadro depresivo¹² de más de dos años de duración y que no es continuación de un trastorno depresivo mayor, de comienzo insidioso y reactivo a diferentes situaciones, curso crónico persistente o con fluctuaciones. Permite un funcionamiento adecuado del sujeto, lo que no excluye la necesidad de tratamiento. Puede ser primaria o secundaria, en este último caso es frecuente que sea reactiva a enfermedades médicas crónicas, como es el caso de la fibromialgia⁸.

2.12 Trastorno depresivo mayor

En este caso se deben cumplir los criterios diagnósticos DSM-5, los cuales se resumen en la figura 5.

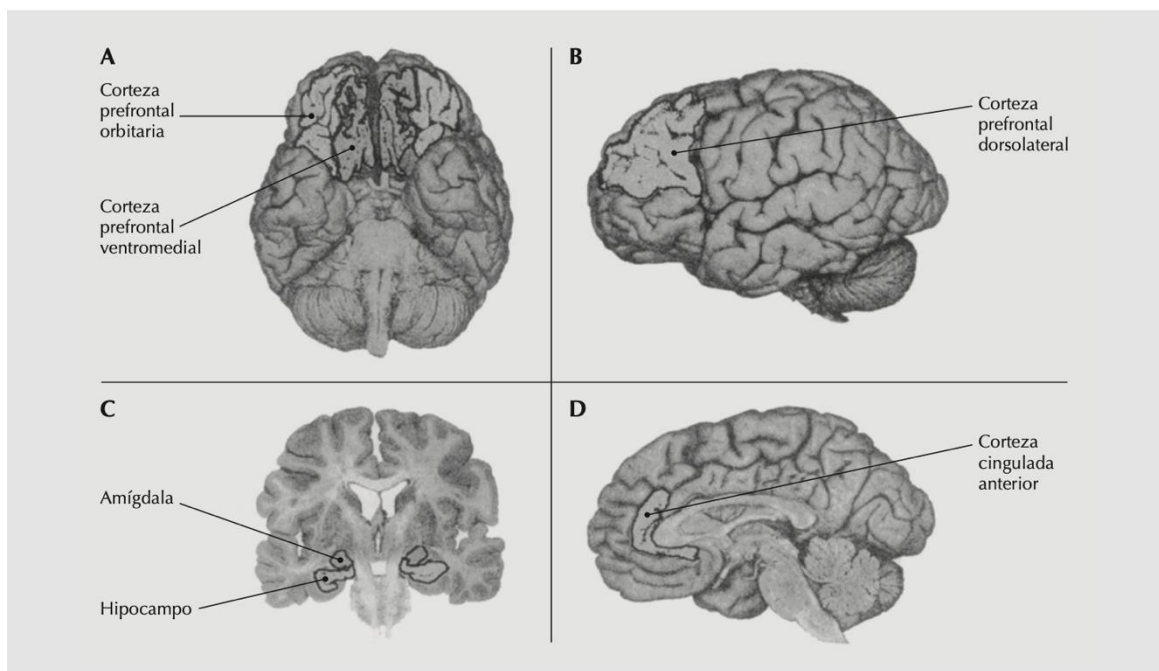
Figura 5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de depresión mayor.

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- Nota:** no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
(**Nota:** en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- Nota:** los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.
- Nota:** las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota:** esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Fuente: figura tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

A continuación, se presenta la figura 65, que representa las regiones encefálicas implicadas en los afectos y los trastornos del estado de ánimo.

Figura 6. Regiones encefálicas implicadas en los afectos y los trastornos del estado de ánimo.



Fuente: figura tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

Seguidamente, se presenta la figura 7, la cual representa una mujer durante un estado de depresión profunda con retraso psicomotor en la figura (A) y dos meses más tarde, después de su recuperación (B). Obsérvese la inclinación hacia abajo de las comisuras de sus labios, su postura encorvada, su vestimenta descuidada y su peinado durante el episodio depresivo³⁴.

Figura 7. A: Mujer con un estado de depresión profunda; B: dos meses más tarde después de la recuperación.



Fuente: fotografía tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

En esta misma línea, se presenta la figura 8, la cual representa un peculiar pliegue en forma de triángulo en el ángulo nasal del párpado superior, el pliegue está asociado frecuentemente con la depresión y se conoce como pliegue de Veraguth, fue descrito por el neuropsiquiatra Suizo Otto Veraguth. La fotografía ilustra esta característica fisiognómica en un varón de 50 años con un episodio depresivo mayor. Además, agrega que este pliegue puede observarse en personas que no presentan una depresión clínica, que se puede observar en un estado de ánimo ligeramente deprimido.

Figura 8. Fotografía que ilustra característica fisiognómica conocida como pliegue de Veraguth en un paciente varón de 50 años en un episodio depresivo mayor.



Fuente: fotografía tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

2.13 Trastornos neuróticos en la FM

Además de la depresión, los pacientes con FM tienen mayor incidencia de presentar este tipo de trastornos, dentro de los cuales se incluyen: trastornos de ansiedad, tanto crisis de pánico como trastornos de ansiedad generalizada (TAG), fobias simples y sociales.

2.13.1 Ansiedad

En relación con lo anterior, Sadock et al.³⁴, en el libro *Sinopsis de Psiquiatría*, refieren lo siguiente en cuanto a la ansiedad:

Los trastornos de ansiedad están asociados con una morbilidad significativa y a menudo son crónicos y refractarios al tratamiento. Los trastornos de ansiedad pueden considerarse una familia de trastornos mentales distintos, pero relacionados, que

incluyen los siguientes: 1) trastorno de pánico; 2) agorafobia; 3) fobia específica; 4) trastorno de ansiedad social o fobia social, y 5) trastorno de ansiedad generalizada.

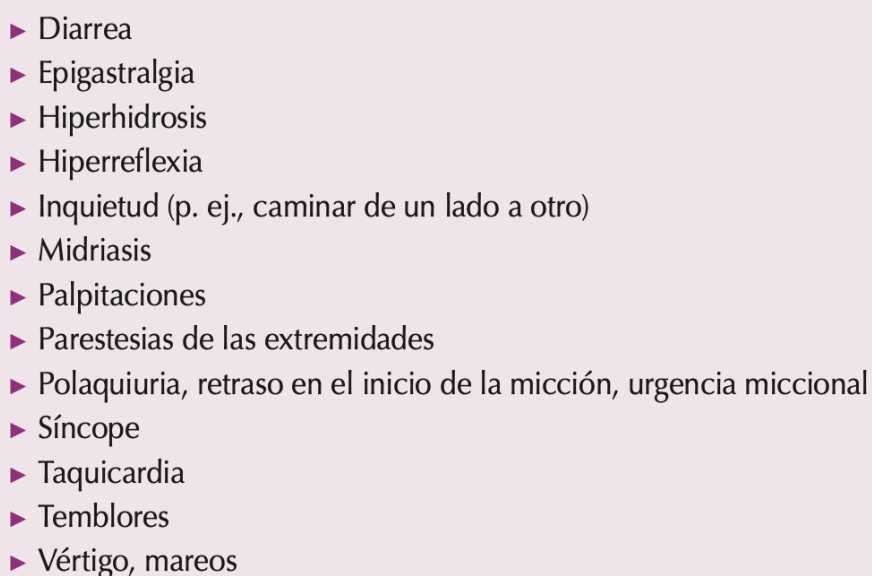
2.13.2 Ansiedad normal

Sadock et al.³⁴ refieren lo siguiente sobre la ansiedad normal:

Todo el mundo experimenta ansiedad, que se caracteriza la mayoría de las veces por una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud, y que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante mucho tiempo. La constelación concreta de síntomas presentes durante la ansiedad tiende a variar entre los individuos.

A continuación, se presenta la figura 9, que menciona las manifestaciones periféricas en un paciente con ansiedad.

Figura 9. Manifestaciones periféricas de la ansiedad.

- 
- A light purple rectangular box containing a list of 14 items, each preceded by a purple right-pointing triangle. The items are: Diarrea, Epigastralgia, Hiperhidrosis, Hiperreflexia, Inquietud (p. ej., caminar de un lado a otro), Midriasis, Palpitaciones, Parestesias de las extremidades, Polaquiuria, retraso en el inicio de la micción, urgencia miccional, Síncope, Taquicardia, Temblores, and Vértigo, mareos.
- ▶ Diarrea
 - ▶ Epigastralgia
 - ▶ Hiperhidrosis
 - ▶ Hiperreflexia
 - ▶ Inquietud (p. ej., caminar de un lado a otro)
 - ▶ Midriasis
 - ▶ Palpitaciones
 - ▶ Parestesias de las extremidades
 - ▶ Polaquiuria, retraso en el inicio de la micción, urgencia miccional
 - ▶ Síncope
 - ▶ Taquicardia
 - ▶ Temblores
 - ▶ Vértigo, mareos

Fuente: figura tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

2.13.3 Trastornos de pánico o crisis de angustia

Dentro de los trastornos de ansiedad, las crisis de angustia se dan con mayor frecuencia en la FM que en la población general. Se define como un episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco, breve duración y carácter espontáneo⁸.

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos según el DSM-5 para el trastorno de pánico.

Figura 10. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de pánico.

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
- Nota:** La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.
1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
 2. Sudoración.
 3. Temblor o sacudidas.
 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
 5. Sensación de ahogo.
 6. Dolor o molestias en el tórax.
 7. Náuseas o malestar abdominal.
 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
 9. Escalofríos o sensación de calor.
 10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
 11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
 12. Miedo a perder el control o de «volverse loco».
 13. Miedo a morir.
- Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.
- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, «volverse loco»).
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Fuente: figura tomada de Kaplan y Sadock *Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

En relación con lo anterior, es importante enfatizar que el diagnóstico diferencial para un paciente con un trastorno de pánico incluye muchos trastornos orgánicos (figura 11), así como diversos trastornos mentales.

Figura 11. Diagnóstico diferencial orgánico para el trastorno de pánico.

Enfermedades cardiovasculares	
Anemia	Hipertensión arterial
Angina	Prolapso de la válvula mitral
Insuficiencia cardíaca congestiva	Infarto de miocardio
Hiperreactividad β -adrenérgica	Taquicardia auricular paradójica
Enfermedades pulmonares	
Asma	Embolia pulmonar
Hiperventilación	
Enfermedades neurológicas	
Enfermedad cerebrovascular	Migraña
Epilepsia	Esclerosis múltiple
Corea de Huntington	Accidente isquémico transitorio
Infección	Tumor
Enfermedad de Ménière	Enfermedad de Wilson
Enfermedades endocrinas	
Enfermedad de Addison	Hipoglucemia
Síndrome carcinoide	Hipoparatiroidismo
Síndrome de Cushing	Trastornos menopáusicos
Diabetes mellitus	Feocromocitoma
Hipertiroidismo	Síndrome premenstrual
Intoxicaciones por fármacos y sustancias	
Anfetaminas	Alucinógenos
Nitrito de amilo	Marihuana
Anticolinérgicos	Nicotina
Cocaína	Teofilina
Abstinencia de fármacos y sustancias	
Alcohol	Opiáceos y opioides
Antihipertensores	Hipnótico-sedantes
Otras enfermedades	
Anafilaxia	Infecciones sistémicas
Deficiencia de vitamina B ₁₂	Lupus eritematoso sistémico
Trastornos electrolíticos	Arteritis de la temporal
Intoxicación por metales pesados	Uremia

Fuente: figura tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

2.13.4 Trastorno de ansiedad social

En los pacientes con FM también es común la aparición de fobias sociales. Esta se define de la siguiente manera:

El trastorno de ansiedad social (también llamado *fobia social*) implica el miedo a situaciones sociales, incluidas las situaciones que implican el escrutinio o el contacto con desconocidos. El término *ansiedad social* refleja la clara diferenciación entre el trastorno de ansiedad social y la fobia específica, que es el miedo intenso y persistente a un objeto o situación³⁴.

A continuación, se presenta la figura 12, que detalla los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad social (fobia social).

Figura 12. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad social.

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

Especificar si:

Solo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Fuente:

tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

figura

2.13.5 Trastorno de ansiedad generalizada

En relación con la FM y la ansiedad generalizada, existen estadísticas que indica que alrededor de un 51,9 % de pacientes con FM padecen de TAG ⁸.

Siendo definida esta como una ansiedad y preocupaciones excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte de los días, a lo largo de un período de 6 meses como mínimo. La preocupación es difícil de controlar y se asocia a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, trastornos del sueño e inquietud³⁴.

Seguidamente, se detalla en la figura 13 los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada.

Figura 13. Criterios diagnósticos del DSM-5 para en trastorno de ansiedad generalizada.

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.
 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Facilidad para fatigarse.
 - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Fuente: figura tomada de *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría*³⁴.

2.14 Personalidad y padecimientos crónicos

Antes de entrar en detalle en relación con la personalidad y la FM, es importante recordar qué es la personalidad y cómo puede influir la salud, el dolor crónico o una patología como lo es la FM. En relación con lo anterior, Torres³⁵ explica refiere lo siguiente:

2.14.1 Personalidad

La personalidad está compuesta por un conjunto de dimensiones que caracterizan la manera de percibir y relacionarse de algunos seres vivos consigo y con el mundo que les rodea, especialmente en relación con las claves que influyen en la adaptación y la supervivencia³⁵.

2.14.2 Personalidad y salud:

Quizás la relación más obvia entre la personalidad y la salud en general sea que determinadas características de personalidad, como la responsabilidad, promueven conductas saludables y previenen los accidentes, mientras que otras, como la impulsividad o la búsqueda de sensaciones, promueven conductas de riesgo³⁵.

2.14.3 Personalidad y dolor crónico

En cuanto a la relación más específica entre la personalidad y el dolor crónico, esta parece influir directamente en la intensidad del dolor, tanto para amortiguarla en el caso de la tendencia a la emotividad positiva (extroversión), como para incrementarla en el caso del neuroticismo³⁵.

Asimismo, la percepción de mejoría o empeoramiento del dolor está más relacionada con la personalidad que con los cambios objetivos en la intensidad del dolor: las personas con mayor tendencia a la emotividad negativa consideran que su dolor es más grave que en las semanas anteriores, independientemente de la precisión de esta evaluación. La personalidad también determina la respuesta afectiva frente al dolor tanto de manera directa

como indirecta, amplificando el efecto negativo de la sobrevaloración del potencial nocivo e incapacitante del dolor (catastrofismo)³⁵.

2.14.4 Personalidad y FM

En el caso de la FM, se ha cuestionado su estatus nosológico y se ha descrito a las personas que la padecen como “personalidades enfermas” o “hipocondríacos e histriónicos”. Concretamente, varios estudios que observan perfiles específicos de personalidad en las personas con FM se basan en instrumentos que mezclan ítems que miden estado e ítems que miden rasgo. Por consiguiente, sus conclusiones corren el riesgo de estar confundidas por la presencia del dolor, las alteraciones afectivas y la respuesta de estas variables al tratamiento³⁵.

2.15 Diagnóstico de FM

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos de FM que publicó el Colegio Americano de Reumatología (ACR, por sus siglas en inglés) en 1990 y se enfocaban en³⁶:

2.15.1 Dolor crónico generalizado:

Definido como dolor en ambos lados del cuerpo, por encima y debajo de la cintura y dolor del esqueleto axial, por al menos 3 meses³⁶.

2.15.2 Sensibilidad

Definido como dolor a la palpación digital (hecha con al menos 4 kg de fuerza) de al menos 11 de los 18 puntos de sensibilidad específicos en el cuerpo³⁶.

- Occipucio: inserción de músculos suboccipitales, bilateral.
- Cervicalbajo: anterior a espacios intertransversos C5-C7, bilateral.
- Trapecio: punto central del borde superior, bilateral.
- Supraespinoso: sobre la espina de la escápula cerca del borde medio, bilateral.
- Segunda costilla: lateral a unión costochondral, bilateral.
- Epicóndilos laterales: 2 cm distal a epicóndilos, bilateral.

- Glúteo: cuadrante superior externo, bilateral.
- Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérica, bilateral.
- Rodilla: proximal a la almohadilla grasa media de la línea media articular, bilateral.

Cabe destacar que, entre las desventajas de estos criterios está que no incluía síntomas comunes asociados, no daba la posibilidad de valorar evolución de severidad de los síntomas y que requería un examen clínico de los puntos de sensibilidad. Esto resulta complejo para un médico no familiarizado con esta prueba, sobre todo en atención primaria. La variabilidad en los síntomas repercute en la dificultad de su diagnóstico lo que, aunado a la falta de pruebas de laboratorio específicas, hacen que la FM sea una condición de salud subdiagnosticada y subtratada³⁶ (Figura 14).

En 2010, el Colegio Americano de Reumatología volvió a publicar criterios diagnósticos para FM y esta vez la descripción pasó de ser un síndrome de dolor generalizado a ser un trastorno multisintomático, además, se eliminó la exploración de los puntos de sensibilidad como requisito diagnóstico. Estudios subsecuentes demostraron que los individuos con FM presentan la sensibilidad característica en todo su cuerpo, no solo en los llamados puntos de sensibilidad³⁶. Según los criterios de FM actuales (ACR 2010), el diagnóstico se confirma si se cumplen las siguientes condiciones:

2.15.3 Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index [WPI])

El paciente debe registrar el número de áreas (entre un total de 19 regiones en las que se divide el cuerpo) en las que ha tenido dolor durante la última semana (Figura15). El valor debe estar entre 0 y 19. Un valor mayor de 7, establece el diagnóstico. El WPI tiene un 83,2 % de sensibilidad, 87,6 % de especificidad y 85,4 % de precisión³⁷.

2.15.4 Escala de Gravedad de Síntomas (*Symptom Severity Score* [SS Score])

El SS score, parte 1, se usa para cada uno de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) (Figura 16), el paciente debe elegir el nivel de gravedad durante la última semana en una escala de 0 a 3³⁷. La puntuación del SS-Score 1 es la suma de la gravedad de los 3 síntomas.

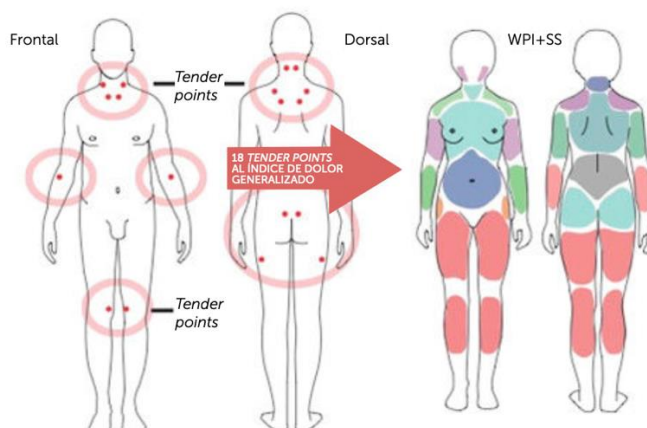
Por su parte, SS score, parte 2, mide el grado de los síntomas somáticos en general³⁷.

- Sin síntomas, su puntuación 0
- Entre 1 y 10, su puntuación es 1
- Entre 11 y 24, su puntuación es 2
- De 25 o más, su puntuación es 3

Luego, se suman SS1 + SS2: la puntuación final oscila entre 0 y 12. Si es ≥ 5 es significativo. Se considera que un paciente cumple criterios diagnósticos de FM de la ACR 2010 (Wolfe 2010), si reúne las 3 condiciones siguientes³⁷:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y escala de gravedad de los síntomas (SS-Score) ≥ 5 , o si hay un WPI 3-6 y gravedad de los síntomas ≥ 9 .
2. Cuando los síntomas se han presentado con la misma intensidad durante al menos tres meses.
3. El paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor.

Figura 14. Cambio Clasificación ACR 1990 a ACR 2010



Fuente: Ilustración tomada de *dolor musculoesquelético: Fibromialgia y dolor fascial*

37.

Figura 15. Índice de Dolor Generalizado (WPI)

☐ Cintura escapular izquierda	☐ Nalga derecha	☐ Pecho (Tórax)
☐ Cintura escapular derecha	☐ Pierna superior izquierda	☐ Abdomen
☐ Brazo superior izquierdo	☐ Pierna superior derecha	☐ Cuello
☐ Brazo superior derecho	☐ Pierna inferior izquierda	☐ Espalda superior
☐ Brazo inferior izquierdo	☐ Pierna inferior derecha	☐ Espalda Inferior
☐ Brazo inferior derecho	☐ Mandíbula izquierda	
☐ Nalga izquierda	☐ Mandíbula derecha	

Indicación para el paciente: Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada, teniendo en cuenta que no debe incluir dolores producidos por otras enfermedades que sepa que sufre (artritis, lupus, artrosis, tendinitis, etc.).

Fuente: figura tomada de *dolor musculoesquelético: Fibromialgia y dolor fascial*³⁷.

Figura 16. Índice de Gravedad de Síntomas (SS Score)

1 Fatiga ☐ 0: No ha sido un problema ☐ 1: Leve, ocasional ☐ 2: Moderada, presente casi siempre ☐ 3: Grave, persistente, he tenido grandes problemas	☐ Dolor muscular ☐ Colon irritable ☐ Fatiga /agotamiento ☐ Problemas de comprensión o memoria ☐ Debilidad muscular ☐ Dolor de cabeza ☐ Calambres en el abdomen ☐ Entumecimiento /hormigueos ☐ Mareo ☐ Insomnio ☐ Depresión ☐ Estreñimiento ☐ Dolor en la parte alta del abdomen ☐ Náuseas ☐ Ansiedad ☐ Dolor torácico ☐ Visión borrosa ☐ Diarrea ☐ Boca seca ☐ Picores	☐ Sonidos al respirar (sibilancias) ☐ Fenómeno de Raynaud ☐ Urticaria ☐ Zumbido de oídos ☐ Vómitos ☐ Acidez de estómago ☐ Aftas orales (úlceras) ☐ Pérdida o cambios en el gusto ☐ Convulsiones ☐ Ojo seco ☐ Respiración entecortada ☐ Pérdida de apetito ☐ Erupciones/Rash ☐ Intolerancia al sol ☐ Transtornos auditivos ☐ Moretones frecuentes (hematomas) ☐ Caída del cabello ☐ Micción frecuente ☐ Micción Dolorosa ☐ Espasmos vesicales
2 Sueño no reparador ☐ 0: No ha sido un problema ☐ 1: Leve, ocasional ☐ 2: Moderada, presente casi siempre ☐ 3: Grave, persistente, he tenido grandes problemas	3 Transtornos cognitivos ☐ 0: No ha sido un problema ☐ 1: Leve, ocasional ☐ 2: Moderada, presente casi siempre ☐ 3: Grave, persistente, he tenido grandes problemas	
SS Parte 1: Sumar el valor en todas los ítems. Oscila entre 0 y 9.	SS Parte 2: Cuente el número de síntomas marcados, y anótelo. Sin síntomas: puntuación 0 Entre 1 y 10, su puntuación es 1. Entre 11 y 24, su puntuación es 2. De 25 o más, su puntuación es 3.	
SS 1 + SS 2: entre 0 a 12 puntos		

Fuente: figura tomada de *dolor musculoesquelético: Fibromialgia y dolor fascial* ³⁷.

2.16 Exámenes en la FM

Todas las guías de práctica clínica coinciden en que no existen pruebas de laboratorio ni biomarcadores disponibles para el diagnóstico de la FB. Tampoco hay pruebas complementarias ni datos radiológicos que apoyen el diagnóstico, los exámenes normales son un apoyo para confirmarlo. Aun así, se debe hacer una serie de pruebas con el fin de realizar el diagnóstico diferencial en forma correcta³⁷.

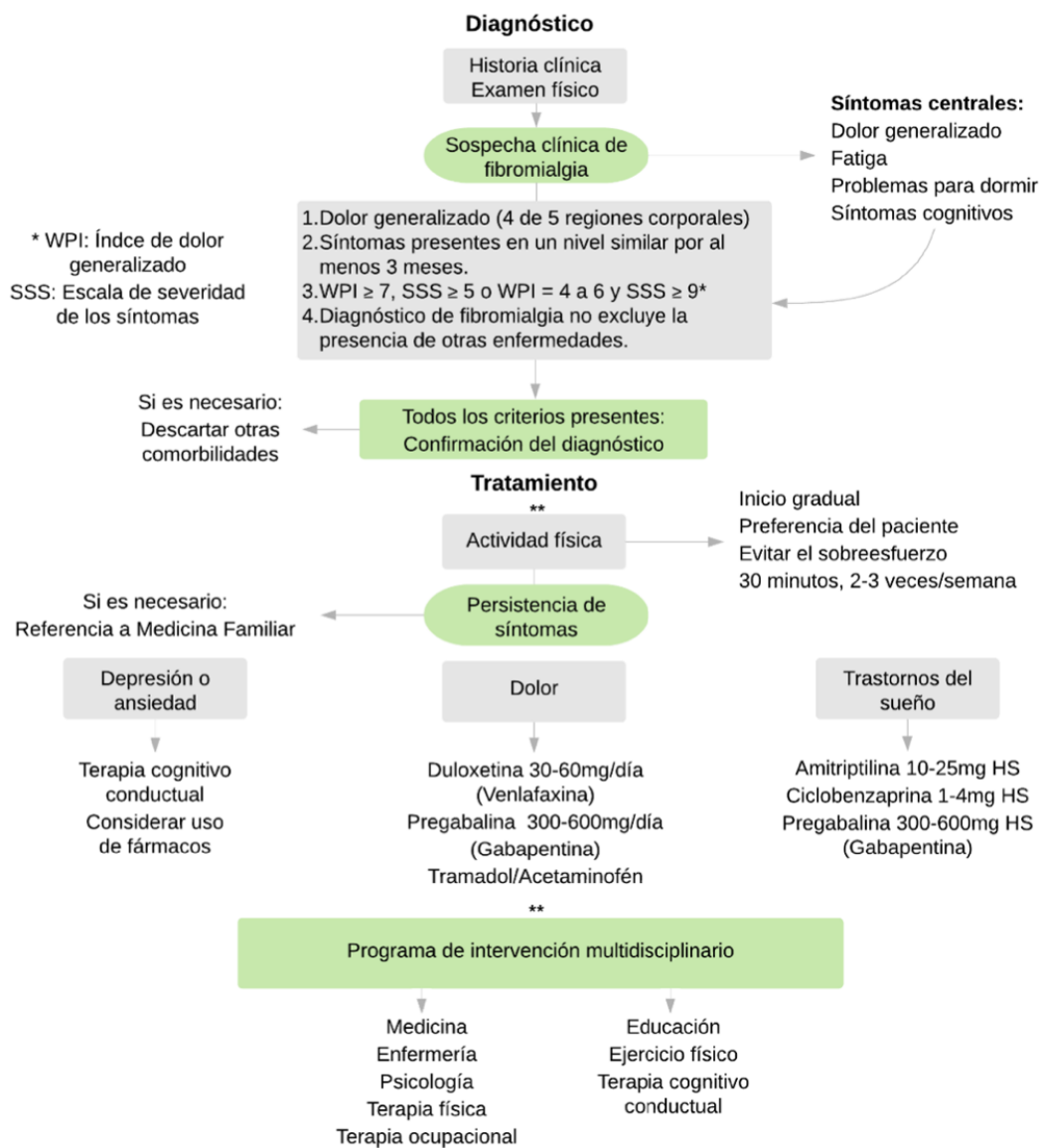
2.17 Tratamiento en FM

Como es una condición crónica y requiere de un manejo dinámico (Figura 17), la educación juega un rol importante en el manejo de la FM y debe ser integrada al plan de tratamiento y al seguimiento después del diagnóstico. Una vez confirmado el diagnóstico, es

importante la validación del paciente y el confort emocional. El tratamiento irá enfocado a mejorar la funcionalidad y la calidad de vida. Se debe hacer un plan de tratamiento de acuerdo con el paciente y en relación con sus molestias principales. Este modelo de atención puede ser usada por médicos de atención primaria y sólo recurrir al especialista en casos especiales³⁷.

La combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es lo recomendable para un adecuado alivio de los síntomas. Al analizar guías de manejo de FM, se sugiere que el uso de farmacoterapia debe ser puntual para responder a síntomas no controlados o al dolor irruptivo intenso. Es necesario un abordaje que incluya todas las áreas afectadas, con un manejo farmacológico adecuado para disminuir dolor, el insomnio y mejorar el estado del ánimo³⁷.

Figura 17. Flujograma de abordaje integral de FM en atención primaria.



Fuente: figura tomada de *Abordaje integral de FM en atención primaria; Revisión bibliográfica*³⁶.

2.18 Abordaje farmacológico en pacientes con FM

En esta misma línea, se expone que el papel de los analgésicos como paracetamol, Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES) y opioides débiles es limitado según las guías de consenso de tratamiento. El tramadol es el que muestra mejores resultados. Se puede recomendar su uso en caso de haber agotado otras vías de abordaje y si el paciente sigue presentando dolor moderado a grave. Los tratamientos con estos fármacos deben ser cortos, utilizándose en casos concretos, como segunda línea, asociados o no a paracetamol y comenzando con dosis bajas para mejorar la tolerancia. Deben retirarse tan pronto como sea posible y controlarse de forma periódica. No se recomienda el uso de opioides potentes³⁷.

Además, es importante destacar que el manejo del trastorno del sueño es fundamental en el paciente con FM, ya que un sueño no reparador aumenta la fatiga y disminuye el umbral del dolor. Se debe comenzar por implementar una higiene de sueño, usar inductores del sueño o derivar al paciente a un especialista para el manejo de esta área, en caso de que exista un trastorno específico del sueño³⁷.

Los tricíclicos, como la amitriptilina, son el tratamiento farmacológico con evidencia más sólida en el manejo de síntomas de dolor, insomnio y fatiga asociados con la FM, aunque es necesario tener un seguimiento exhaustivo de los efectos secundarios. Se aconseja que se use por períodos cortos para controlar el dolor. La ciclobenzaprina, un relajante muscular con una estructura similar a la amitriptilina, ha sido utilizada en el manejo de molestias musculares y alteraciones del sueño³⁷.

2.19 Abordaje psicofarmacológico en pacientes con FM:

A continuación, se presentan una serie de medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el manejo del dolor en los pacientes con FM:

La FDA aprobó la duloxetina, milnacipram y pregabalina para el tratamiento de la FM, en los años 2007, 2008 y 2009 respectivamente. Tanto la duloxetina como el milnacipram ayudan a controlar niveles de dolor por cambio en los neurotransmisores cerebrales (serotonina y N/A) y son efectivos en el manejo de múltiples dominios. La pregabalina (PGB) es un bloqueador de canales de calcio 2, bloquea la actividad aumentada de las neuronas involucradas en la transmisión de dolor³⁷.

En revisión Cochrane de 2016 con trabajos de buena calidad se evaluó que, con dosis de pregabalina entre 300 a 600 mg, hay reducción del dolor moderado a severo de la FM entre 12 a 36 semanas en un 10 % más que el placebo. Este alivio del dolor va acompañado de mejoría de otros síntomas, calidad de vida y función. Estos resultados son similares al de los otros medicamentos aprobados para la FM (duloxetina y milnacipram). A pesar de que no todos los pacientes con FM responden a la pregabalina, este medicamento representa un importante paso en su tratamiento. Es necesario considerar los efectos adversos como mareos, somnolencia que ocurre en 1 de cada 5 pacientes, además del aumento de peso, confusión y euforia³⁷.

La gabapentina, otro bloqueador 2, tiene evidencia más limitada que la PGB y no está aprobada por la FDA para uso en FM. Un estudio de Arnold y cols, muestra que la gabapentina es segura y eficaz al compararla con placebo. Puede ser una alternativa a pregabalina, cuando exista barreras para acceso al fármaco³⁷.

Los tricíclicos, como amitriptilina, es el tratamiento farmacológico con evidencia más sólida, en manejar síntomas de dolor, el insomnio y la fatiga asociada con la FM, aunque se muestra necesario tener un seguimiento exhaustivo de los efectos secundarios. Se aconseja que debe ser usada por períodos cortos para controlar el dolor. La ciclobenzaprina, relajante muscular tiene estructura similar a amitriptilina y ha sido usado en el manejo de molestias musculares y alteraciones del sueño³⁷.

2.20 Terapias no farmacológicas en la FM

Las terapias no farmacológicas incluyen ejercicios físicos, especialmente aeróbicos y de flexibilidad. Se debe empezar con un calentamiento suave, seguido de estiramientos de grupos musculares grandes, y luego relajación, que puede realizarse en piscina temperada, con o sin ejercicio. Las terapias de manejo cognitivo conductual en grupo tienen una fuerte evidencia de eficacia en la FM, y es necesario evaluar las necesidades específicas de cada paciente³⁷.

Es importante destacar que todas las terapias alternativas presentan controversias entre las guías, por lo que se requieren más estudios de mayor calidad para poder valorar su aplicabilidad. Solo la acupuntura, el *Qi-Gong* (*Chi Kung*), el yoga y el taichí cuentan con recomendaciones positivas en alguna guía. Estudios recientes muestran resultados favorables con la terapia láser de bajo nivel (LLLT). Aunque no existe un tratamiento curativo para la FM, puede haber una disminución de los síntomas más limitantes, reduciendo la discapacidad física y mejorando así la calidad de vida. Se debe considerar que la enfermedad siempre está latente³⁷.

A continuación, se presentan datos importantes de estas terapias en relación con la FM:

2.20.1 Terapia cognitivo conductual

Uno de los propósitos principales de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es brindar al paciente herramientas de psicoeducación, que le permitan afrontar el estrés cotidiano que implica la enfermedad. Además de cambiar los pensamientos disfuncionales, esta terapia busca reeducar al paciente mediante técnicas de reestructuración cognitiva, aumentar la autoestima, el autocuidado y evitar el aislamiento. La eficacia de la TCC radica en la incorporación y cambio de pensamientos y comportamientos que los pacientes y sus allegados adoptan ante el problema del dolor y otros síntomas de la FM. Esta terapia puede llevarse a cabo de manera individual o grupal³⁶.

2.20.2 Terapia laser de baja potencia

Esta terapia es un tratamiento alternativo emergente que actúa mediante reacciones fotoquímicas con las mitocondrias de las células. Esto aumenta la producción de adenosín trifosfato (ATP) y reduce los niveles de especies reactivas de oxígeno, lo que ayuda a disminuir la inflamación y la muerte de las células³⁶.

2.20.3 Acupuntura

En comparación con el tratamiento usual (antidepresivos y ejercicio), la acupuntura adyuvante ha logrado reducir el dolor al mes de tratamiento en 3 puntos en una escala de 1 a 10, según estudios. Dos personas tratadas con acupuntura reportaron efectos adversos, mientras que ninguna persona en el grupo control los reportó. Asimismo, no se reportaron datos sobre bienestar, sueño, fatiga, rigidez ni función física³⁶.

2.20.4 Homeopatía

Boehm et al.³⁶ publicaron un metaanálisis (nivel de evidencia Ia) en 2014 sobre el uso de homeopatía en el tratamiento de la FM, con una muestra de 320 participantes. En este se evidenció que la homeopatía tiene efectos positivos en los puntos de sensibilidad ($P=0.03$), intensidad del dolor ($P=0.02$) y fatiga ($P=0.03$) comparado con placebo. La evidencia analizada es de baja calidad, sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación son positivos, por lo que esta terapia podría considerarse en el manejo de los pacientes con fibromialgia.

2.20.5 Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (*mindfulness*):

De acuerdo con diversas investigaciones, las intervenciones de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena o *mindfulness* sugieren tener un efecto favorable sobre la salud psicológica y el bienestar de las personas con FM. Además, es importante destacar que esta información se fundamentará en el capítulo de resultados, a través de diferentes estudios científicos. Es por ello por lo que el siguiente apartado de la presente revisión bibliográfica explicará en qué consiste esta terapia y otros detalles que se mencionarán a continuación:

2.21 Definición de conciencia plena

Se señala que el término “*Mindfulness*” ha sido traducido como “conciencia plena”. Sin embargo, también podría traducirse como “atención plena”. Los autores que abordan este tema se refieren a este concepto con significados similares, aunque ligeramente diferentes. Indican que también se ha definido como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”; otra definición que data de muchos años atrás ha sido “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar”³⁸.

Además, cabe señalar que de manera más detallada, otros autores definen la conciencia plena como: “Una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocido y aceptado tal como es”³⁸.

Por otra parte, algunos investigadores consideran que la conciencia plena no es un producto exclusivo de la meditación, aunque creen que puede servir para incrementarla. Contrariamente, sostienen que es una capacidad natural del ser humano. Hay personas que poseen conciencia plena sin haber practicado la meditación. Estos autores parten del supuesto de que los individuos difieren en su disposición o voluntad para darse cuenta y sostener la atención en lo que ocurre en el presente. Además, la capacidad de atención varía en una misma persona porque puede ser intensificada o amortiguada por una variedad de factores. Por tanto, la conciencia plena puede considerarse tanto un rasgo como un estado³⁸.

2.22 Componentes de la conciencia plena

Para mejorar la comprensión en relación con este tipo de terapia, es importante entender el sentido de estos componentes, y una forma práctica de hacerlo es poder responder a la siguiente pregunta: ¿Qué hace una persona cuando piensa/actúa con conciencia plena? Los aspectos que se describen a continuación son interdependientes y, aunque no siempre los autores lo mencionan de forma explícita, son los siguientes: 1. atención al momento presente, 2. apertura a la experiencia, 3. aceptación, 4. dejar pasar y 5. intención³⁸.

1. Atención al momento presente:

Consiste en centrarse en el momento presente, en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, temores y deseos). Otros autores refieren que se trata más bien de atender a las actividades de la vida diaria³⁸.

2. Apertura a la experiencia:

Este componente se refiere a la capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. La conciencia plena implica una observación directa de los diversos objetos como si fuera la primera vez, una cualidad que se denomina “mente de principiante”. También implica la apertura a la experiencia negativa y observar lo que ocurre con curiosidad, queriendo saber más³⁸.

3. Aceptación:

La aceptación y el no juzgar pueden considerarse sinónimos. Todos los enfoques de conciencia plena que se revisan más adelante incluyen la aceptación sin juzgar de los pensamientos y sentimientos y de los eventos de la vida cotidiana. Adoptar una actitud de aceptación es imprescindible en la práctica de la conciencia plena³⁸.

4. Dejar pasar:

“Consiste en no dejarse atrapar por ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo, en no apegarse ni identificarse con ellos”³⁸.

Por otra parte, cabe señalar que este componente también figura en todos los enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena, en los que aparece como “descentramiento” o “defusión” cognitiva. Los enfoques de la conciencia plena enseñan al paciente a tomar conciencia de sus pensamientos y sentimientos y a relacionarse con ellos de una forma más amplia, desde una perspectiva descentrada como eventos mentales pasajeros, en lugar de como reflejos del *self* o como necesariamente ajustados a la realidad³⁸.

5. Intención:

La intención se refiere a lo que cada persona persigue cuando practica la conciencia plena. La intención no puede ser omitida, pero, cuando la psicología occidental intenta

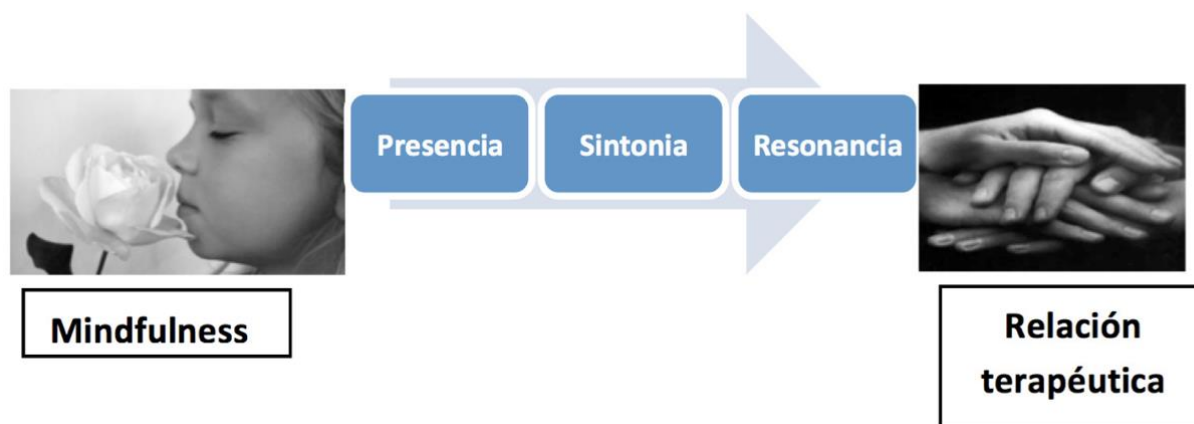
separar la esencia de la conciencia plena de sus raíces religiosas y culturales originales, se pierde. La intención evoluciona a lo largo de la práctica: en la fase inicial se prima la autorregulación, después la auto-exploración y finalmente la auto-liberación, entendida esta como la experiencia de trascendencia, de dejar de sentirse como un *self* separado³⁸.

2.23 Mindfulness: La relación terapéutica y el terapeuta

En la efectividad de una psicoterapia, resulta más importante la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta que el propio tipo de intervención que este último utiliza. Además, cuando se está en *mindfulness*, se es más consciente de la conciencia, y las personas se dan cuenta de que no son el contenido de la conciencia y están abiertos a lo que se manifiesta en ella. No están rígidos ni cerrados, sino flexibles y abiertos a lo que ocurra, por lo tanto, están en presencia. Esta presencia es necesaria para que la relación terapéutica sea efectiva; se dirige la presencia hacia el paciente y se está con él o ella, abiertos a su experiencia de manera incondicional. Sobre esta presencia se produce la sintonía, que ocurre cuando la atención está dirigida hacia el otro y se lleva su mundo interior (del terapeuta) hacia un mundo interior (del paciente). Con la presencia y la sintonía se establece la resonancia, y aquí los terapeutas y pacientes quedan unidos formando un todo, pero a la vez permanecen diferenciados. En este momento, el paciente se siente comprendido y se logra la relación terapéutica. Podría decirse que el *mindfulness* es una resonancia intrapersonal y la relación terapéutica es una resonancia interpersonal³⁹ (Figura 18).

La investigación sobre los efectos del *mindfulness* en los terapeutas está emergiendo gradualmente. Factores necesarios para establecer una buena terapia, como la empatía, compasión, habilidades de consejería, control de estrés y ansiedad, entre otros, han sido evaluados en su relación con el *mindfulness*. En la Figura 19 se resumen estos factores y el efecto del *mindfulness* sobre ellos³⁹.

Figura 18. Mindfulness en el proceso de la terapia.



Fuente: imagen obtenida de *Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*³⁹.

Figura 19. Factores asociados al terapeuta y el efecto del *mindfulness* sobre ellos.

FACTORES	EFFECTO DEL MINDFULNESS
Empatía	Promueve la empatía hacia los pacientes, ayuda a desarrollar su capacidad de experimentar y comunicar sensaciones internas, estar presente con el paciente y ayudar a los pacientes a expresar sus sensaciones corporales y sentimientos
Compasión	Deriva de la empatía, relacionada con no juzgar y no reaccionar del mindfulness.
Habilidades de consejería	Incremento de la autoconciencia, insight acerca de su propia identidad profesional y bienestar general
Control de estrés y ansiedad	Disminución del estrés, rumiaciones y afectos negativos
Otros beneficios	Capacidad de distinguir sus propias experiencias de las del paciente, mejorar la claridad en el trabajo con los pacientes, incremento de la paciencia, intencionalidad, gratitud y conciencia corporal

Fuente: imagen obtenida de *Mindfulness: conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*³⁹.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Marco metodológico

A continuación, se detalla la metodología de investigación que nos permitirá resolver la pregunta de investigación y, finalmente, los objetivos del presente trabajo de investigación.

3.1.1 Tipo de investigación

Para efectos del presente trabajo de tesis, se ha seleccionado como tipo de investigación la revisión bibliográfica. Esto se debe a que el propósito de las revisiones bibliográficas es orientar a las personas que inician en la escritura científica para transmitir los resultados de la investigación y producir cambios al compartir conocimientos previamente investigados⁴⁰. Por tanto, los resultados de esta revisión bibliográfica se basarán en la revisión de artículos científicos que responden al problema y objetivos de esta investigación.

3.1.2 Diseño de la investigación

El diseño del enfoque cualitativo utilizado en esta revisión bibliográfica es de tipo teoría fundamentada. Este diseño de investigación cualitativa busca descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones a partir de los datos ya expuestos y no de datos subjetivos. Se pretende, a través de este diseño, desarrollar una teoría que esté fundamentada en una recogida y descripción de datos ya publicados⁴⁰. En relación con la investigación, se analizará el abordaje médico general y psiquiátrico de la FM en pacientes femeninas con FM, para la generación de intervenciones clínicas que mejoren los procesos de atención primaria en esta población, en el periodo comprendido en 2023.

3.1.3 Alcance de la investigación

El alcance de la siguiente investigación es descriptivo, ya que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno sometido a un análisis. Los alcances descriptivos recolectan datos sobre diversos conceptos, variables, aspectos,

dimensiones o componentes del fenómeno investigado⁴⁰. En este caso, la investigación se centra en conocer cuáles son los beneficios del abordaje médico general y psiquiátrico en pacientes femeninas de mediana edad con FM, para la generación de intervenciones clínicas que mejoren los procesos de atención primaria en esta población.

3.2 Fuentes de información

Para sustentar los resultados de esta investigación, se utilizarán artículos científicos de fuentes primarias que fueron previamente seleccionados bajo criterios estrictos de nivel de evidencia. Estos estudios abordan el manejo médico general y psicofarmacológico en pacientes femeninas con FM de entre 25 y 55 años.

3.3 Criterios de búsqueda

Los criterios de búsqueda que se aplicaron en la presente investigación para la obtención de la información se presentan en la tabla 1, en relación con los objetivos empleados para el análisis.

Tabla 1. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo.

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes provocadas por FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años.	Trastornos psiquiátricos en FM. FM en pacientes de 25 a 55 años.	Google académico Scielo PubMed Redalyc Elsevier	2016-2023	Español/inglés

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Explicar el abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años.	Abordaje médico general de la FM. Abordaje psiquiátrico en las pacientes con FM.	Google académico Scielo PubMed Redalyc Elsevier	2016-2023	Español/inglés
Generar intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria en pacientes femeninas con FM de 25 a 55 años, en el periodo comprendido 2023.			2015-2023	

Fuente: Elaboración propia, 2023.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión que se aplicaron en el presente trabajo para obtener la información se señalan en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

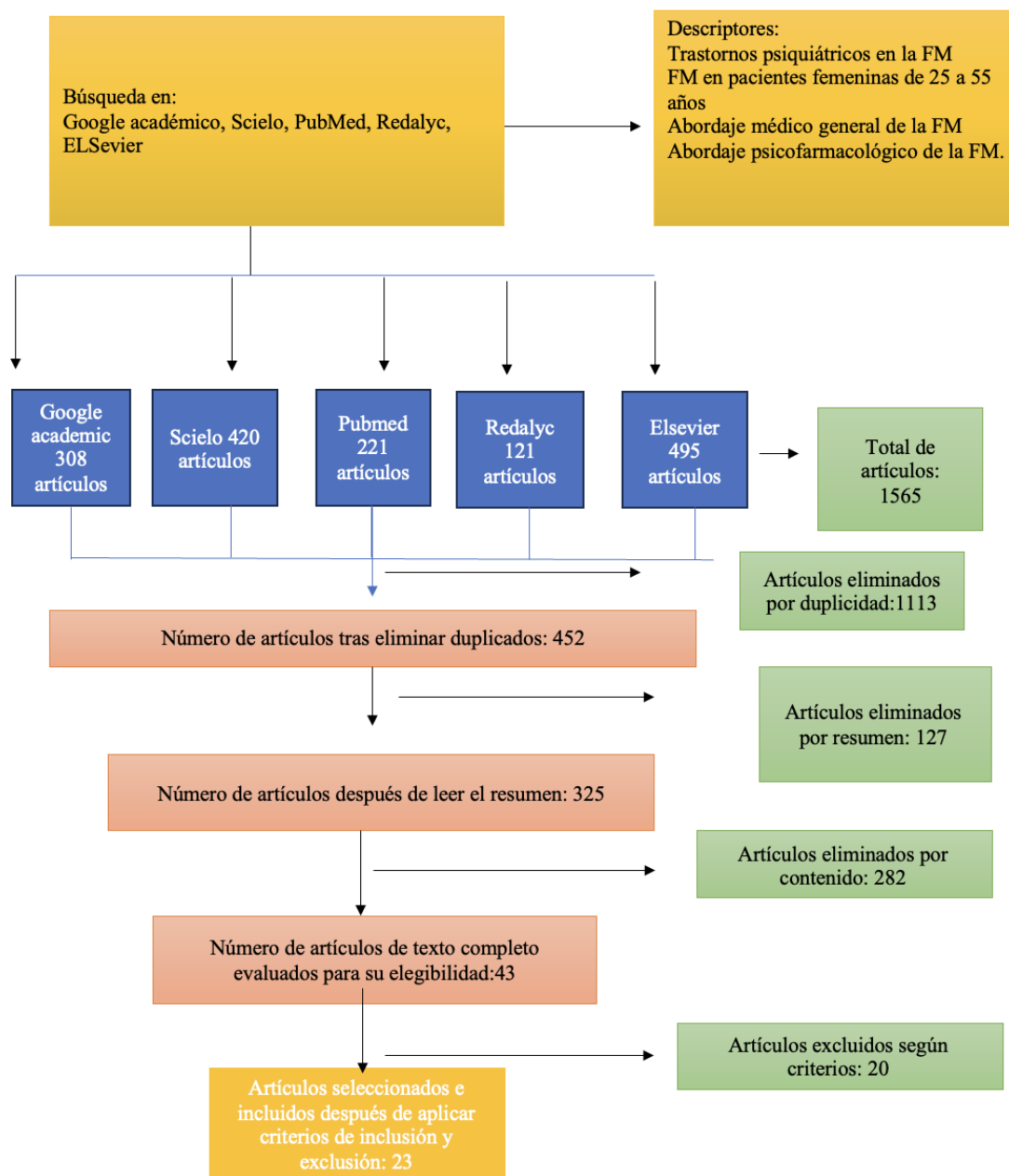
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Abordaje médico general de la FM en pacientes femeninas.	Abordaje médico general y psiquiátrico de la FM en pacientes masculinos.
Abordaje psicofarmacológico de la de FM en pacientes femeninas.	Artículos científicos de FM con más de 10 años de antigüedad.
Enfermedades del espectro psiquiátrico más frecuentes en pacientes femeninas con FM.	Comorbilidades no psiquiátricas de las pacientes con FM.

Fuente: Elaboración propia, 2023.

3.5 Análisis de la información

Se utilizaron artículos publicados entre los años 2015 y 2023. Los artículos se buscaron en español e inglés, aplicando los criterios de inclusión y exclusión mediante una revisión de aspectos como el título, la fecha de publicación, el resumen y el tipo de estudio. La búsqueda se realizó a través de plataformas como Google Académico, Scielo, PubMed, Redalyc y Elsevier. Se emplearon descriptores para optimizar la búsqueda, tales como: “Comorbilidades psiquiátricas en FM”, “FM en pacientes de 25 a 55 años”, “Abordaje médico general de la FM” y “abordaje psicofarmacológico de la FM”. Se identificaron inicialmente un total de 1565 artículos, de los cuales se eliminaron 1113 por duplicidad, quedando 452. De estos, se descartaron 127 artículos después de revisar los resúmenes, resultando en 325 artículos. Tras leer los resúmenes, se eliminaron 281 artículos por no cumplir con el contenido relevante, dejando 44 artículos. De estos, 20 artículos fueron excluidos según los criterios de elegibilidad, resultando en un total de 23 artículos seleccionados e incluidos que finalmente responden a los objetivos de la presente investigación y al problema planteado en esta monografía.

Figura 20. Cuadro de análisis de la información.



Fuente: Elaboración propia, 2023.

3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia

Seguidamente, se presenta la clasificación de la información que se utilizó en el presente trabajo:

Tabla 3. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según nivel de evidencia	%
1	Metaanálisis	4	13	56
	Experimental	9		
2	Estudio cohorte prospectivo	1	2	9
	Estudios de cohorte retrospectivo	1		
3	Revisión de estudios observacionales	2	2	9
	Casos y controles	0		

4	Estudios transversales	2	2	9
5	Revisión bibliográfica	4	4	17
Total		23		100 %

Fuente: Elaboración propia, 2023.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este apartado, se mostrarán los resultados obtenidos durante todo el proceso de esta investigación, los cuales darán respuesta a los objetivos específicos ya planteados en el capítulo I del presente documento.

4.1 Resultados del primer objetivo específico

En relación con el primer objetivo específico de esta investigación, que se centró en identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociadas con la FM en pacientes femeninas de entre 25 y 55 años, y como se mencionó anteriormente en el capítulo del marco teórico, se ha vinculado a la FM con múltiples enfermedades del espectro psiquiátrico. A continuación, se presentarán artículos científicos que exponen las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociadas con la FM.

Según Pérez et al.⁴¹, en una investigación de revisión bibliográfica acerca de la FM y la depresión, indican que parte de su metodología se basó en una reseña general de elementos que han sido influyentes en la globalización. Además, para el material bibliográfico recopilado emplearon un total de 90 textos, resultado de una búsqueda exhaustiva en bases de datos académicas como JCR (Journal Citation Reports), ISOC, Iresie, Google Académico, Redalyc, Scielo, DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas), EBSCO y Scopus.

Estos investigadores señalan que, en la última década, la FM ha sido catalogada como un problema de salud pública que afecta negativamente el bienestar de esta población e impacta significativamente en la calidad de vida. Además, destacan que la depresión, uno de los trastornos psiquiátricos más estudiados, contribuye a la afectación de la calidad de vida e interfiere en la consolidación de un afrontamiento adecuado de los síntomas que caracterizan a la FM. Por lo tanto, influye significativamente en el aumento del dolor en personas diagnosticadas con FM⁴¹.

Los investigadores concluyen que es importante subrayar que cada persona presenta particularidades y es frecuente que la FM se acompañe de diferentes comorbilidades, siendo

las más comunes la depresión y la ansiedad. Sin embargo, una mayor sensación de dolor no se debe únicamente a la presencia de otras patologías, sino que también influyen las diferentes estrategias de afrontamiento que la persona pueda tener o adoptar⁴¹.

Por su parte, Wan et al.⁴² en una investigación de tipo cohorte retrospectivo sobre la prevalencia estratificada por género de diagnósticos psiquiátricos y de dolor en una muestra de atención primaria con FM, utilizaron códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades-9 para definir la FM, los diagnósticos psiquiátricos y las afecciones asociadas con el dolor crónico. Las asociaciones no ajustadas entre la demografía de los pacientes, las condiciones comórbidas y la FM se calcularon utilizando la regresión logística binaria para toda la cohorte y separadamente por género.

La muestra consistió en datos de registros médicos de 38,976 pacientes, de 18 años o más, con un encuentro de atención primaria entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2016. Estos autores refieren que las afecciones psiquiátricas comórbidas y relacionadas con el dolor son comunes en pacientes con FM. La mayoría de los estudios en esta área han utilizado datos de pacientes en atención especializada y pueden no representar las características de la FM en pacientes de atención primaria. Es por esto por lo que estos investigadores buscaron llenar los vacíos en la literatura, determinando si la asociación entre los diagnósticos psiquiátricos, las afecciones asociadas con el dolor crónico y la FM difería según el género en una población de pacientes de atención primaria⁴².

En relación con lo anterior, los resultados de la investigación mencionada indican que el 4,6 % de la muestra tenía un diagnóstico de FM, de los cuales el 76,1 % eran mujeres. Las condiciones comórbidas fueron más frecuentes entre los pacientes con FM en comparación con los sin FM. La depresión y la artritis estaban más estrechamente relacionadas con la FM entre las mujeres. La relación entre la FM y otros diagnósticos no difirió significativamente según el género.

Basándonos en los resultados anteriores, los autores concluyen lo siguiente: a excepción de la depresión y la artritis, la carga de las condiciones comórbidas en los pacientes

con FM es similar en mujeres y hombres tratados en atención primaria. Las comorbilidades de la FM en la atención primaria son similares a las que se encuentran en la atención especializada⁴².

Por su parte, Regal⁴³, en una investigación de tipo estudio descriptivo sobre las características epidemiológicas de los pacientes evaluados por FM en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid, refiere como parte de su metodología que se incluyeron los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid entre los años 2005 a 2014, donde el diagnóstico de FM figuraba en el informe de valoración. Además, se estudiaron variables como edad, sexo, estado civil, comorbilidad (hipotiroidismo, cervicalgia, enfermedad psiquiátrica mayor o menor, y síndrome de túnel carpiano), ocupación profesional, nivel de capacitación y régimen de afiliación a la seguridad social.

De esta investigación, se obtuvieron los siguientes resultados: el total de pacientes estudiados fue de 5,501. La mediana de edad fue de 53 años. Comparado con la población general activa del entorno, se observó un 47 % más de mujeres, un 12 % menos de casados, un 25 % menos de trabajadores con estudios superiores y un 23 % más de empleos no cualificados. Se encontró una prevalencia marcadamente aumentada de cervicalgia, hipotiroidismo y síndrome del túnel carpiano. El 58 % de la muestra presenta enfermedad psiquiátrica, demostrando así que los pacientes con FM tienen una importante comorbilidad psiquiátrica⁴³.

Este autor concluye que el perfil del paciente con FM valorado en la UMEVI es predominantemente femenino, de entre 46-60 años, con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario, y que en más de la mitad de los casos se asocia con enfermedad psiquiátrica y frecuentemente con diagnósticos de cervicalgia, síndrome del túnel carpiano e hipotiroidismo⁴³.

Por otra parte, Puşuroğlu et al.⁴⁴, en su investigación de tipo estudio observacional sobre la expresividad de las emociones, sensibilidad al rechazo y apego en pacientes con FM,

refieren que el objetivo del estudio era examinar la conciencia emocional, el control de las emociones y el proceso de apego infantil en pacientes con FM. El estudio se llevó a cabo con 117 participantes, de los cuales, sesenta y un pacientes y 56 sujetos de control sanos completaron un formulario que incluía datos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación y nivel educativo. Además, los participantes respondieron a la Escala de Expresión de Emociones, la Escala de Sensibilidad al Rechazo y la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas.

Basado en lo anterior, estos investigadores obtienen los siguientes resultados: las puntuaciones de la Escala de Emociones Expresadas son significativamente más altas en el grupo de control sano que en el grupo de pacientes. Las puntuaciones de la Escala de Sensibilidad al Rechazo son significativamente más altas en el grupo de pacientes que en el grupo de control sano. En la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas, se determinó una diferencia significativa entre los pacientes y los grupos de control en la subdimensión de apego evitante. Asimismo, se observó una diferencia significativa entre ambos grupos en términos de la subdimensión de apego a la ansiedad. Concluyen que la capacidad de expresar emociones es menor y las tasas de apego evitante y ansioso son más altas en los pacientes con fibromialgia⁴⁴.

En esta misma línea, Henao et al.⁴⁵, en un estudio de tipo transversal descriptivo sobre la comorbilidad neuropsiquiátrica en pacientes con FM, mencionan que el objetivo de la investigación era describir el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con FM y comorbilidad neuropsiquiátrica. Para ello, utilizaron una metodología que incluyó la recolección de información de las historias clínicas de pacientes con FM y comorbilidad neuropsiquiátrica de una institución especializada de Antioquia, durante los años 2010 al 2016, además de aplicar herramientas descriptivas.

Es por lo anterior que los investigadores obtuvieron los siguientes resultados de la investigación: de 1106 registros médicos con diagnóstico confirmado de FM, 497 presentaban comorbilidad neuropsiquiátrica. La mediana de edad fue de 54 años (RIC 15), la mayoría eran mujeres, residían en zona urbana y estaban casadas o convivían con su pareja.

El estatus socioeconómico bajo-medio y el nivel educativo básico-medio fueron los más reportados. Los síntomas más frecuentes fueron alteraciones del sueño (70,6 %), mialgias (66,4 %) y fatiga crónica (55,9 %). Los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes fueron la depresión (85,7 %), la migraña (35 %) y la ansiedad (14,7 %). Los fármacos más utilizados fueron los inhibidores de la recaptación de serotonina y duales, el acetaminofén y los gabaérgicos. El manejo con terapias complementarias e intervención psicológica se observó en baja proporción⁴⁵.

Por último, en base a los resultados de la investigación, los autores concluyen que la FM y las enfermedades neuropsiquiátricas son patologías que coexisten con frecuencia; la presentación sociodemográfica y clínica es similar a lo descrito en la literatura; sin embargo, la presencia de depresión en esta población fue mayor. Un enfoque terapéutico transdisciplinario favorecería la calidad de vida de los pacientes y el curso de la enfermedad⁴⁵.

Por otra parte, siguiendo con lo expuesto por Bonete et al.⁴⁶ en un estudio de tipo transversal observacional acerca de la FM y la salud mental, analizando propiamente la prevalencia y las comorbilidades, refieren que parten desde la hipótesis de que la FM, al asociarse con frecuencia a algunas enfermedades mentales, es cada vez más frecuente entre los pacientes que acuden a las consultas de salud mental. Es por lo anterior que han llevado a cabo un estudio para determinar la prevalencia de FM entre los pacientes atendidos en salud mental, así como las enfermedades mentales a las que se asocia con mayor frecuencia.

Refieren como parte de la metodología de investigación, la revisión de los historiales clínicos de 462 pacientes atendidos en la unidad de salud mental durante un periodo de tres meses. La variable principal del estudio fue la prevalencia de FM. Se estudió asimismo la asociación entre FM y las distintas enfermedades mentales. Obteniendo como resultados de la investigación lo siguiente: la prevalencia de FM entre los pacientes atendidos en su unidad fue del 11,25 %. El diagnóstico de FM se relaciona significativamente con el diagnóstico de ansiedad, con el de depresión, y con el de insomnio, así como con la ausencia de trastorno

psicótico; por otra parte, no se observa relación entre la FM y la presencia de trastorno bipolar en ese grupo de pacientes específicamente⁴⁶.

Con base en los datos anteriores, los investigadores concluyen lo siguiente: la prevalencia de FM en las consultas de Psiquiatría triplica los datos establecidos para la población general, asociándose con mayor frecuencia a los trastornos de ansiedad y depresivos. Estos resultados y la tendencia ascendente del diagnóstico muestran la necesidad de un mayor conocimiento por parte de los psiquiatras de las peculiaridades de este trastorno⁴⁶.

Por su parte, Gruezo et al.⁴⁷, en una investigación de tipo revisión bibliográfica acerca de las manifestaciones neuropsiquiátricas en la FM, mencionan lo siguiente:

La fibromialgia está relacionado con un mayor afecto negativo, que implica un estado general de angustia compuesto por emociones aversivas como tristeza, miedo y culpa; además, tienden a experimentar altos niveles de estrés, ira y catastrofismo del dolor, es decir, exagerar la percepción y consecuencias del mismo⁴⁷.

Los pacientes con FM muestran una alta tasa de ansiedad (20 %-80 %) y trastornos depresivos (13 %-63,8 %), así mismo, pueden presentar un trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar. Adicionalmente, se puede observar sintomatología cognitiva como la bradipsiquia, donde el pensamiento se ve enlentecido y su contenido es muy pesimista, e incluso se desarrollan síntomas pseudo-demenciales que remiten cuando se optimiza el estado de ánimo⁴⁷.

En relación con la depresión, mencionan lo siguiente: La depresión es una condición comórbida común en la FM y un importante contribuyente a la mala calidad de vida y discapacidad; según los resultados de un metaanálisis que recolectó estudios publicados entre 1992 y 2018 y en el que la muestra varió entre 22 y 509 participantes, concluyó que la comorbilidad más frecuente en pacientes con FM es la depresión no especificada y el

trastorno depresivo mayor, con una prevalencia del 43,0 % y 32,0 %, respectivamente. Con base en los datos anteriormente expuestos, estos investigadores concluyen lo siguiente: Los pacientes con FM presentan un cuadro heterogéneo de síntomas neuropsiquiátricos que conlleva un significativo deterioro de la calidad de vida⁴⁷.

4.2 Resultados del segundo objetivo específico

En relación con el segundo objetivo específico de la presente monografía, el cual consistía en explicar el abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años, abordaremos más detalles a continuación.

Partiendo de los datos ya expuestos en el marco teórico en cuanto al abordaje farmacológico en pacientes con FM, profundizaremos un poco más sobre la eficacia de algunos fármacos utilizados en medicina general y otros que requieren la aprobación de un médico especialista, en relación con la mejoría de los síntomas que presentan las pacientes con FM.

De acuerdo con lo expuesto por Lenin et al.⁴⁸ en relación con el manejo clínico y terapéutico de la FM, en una investigación de tipo revisión bibliográfica, se refiere lo siguiente en cuanto al tratamiento farmacológico:

Para el tratamiento de la FM se prescriben una gran variedad de analgésicos y antiinflamatorios. Existen pacientes que precisan otros tratamientos, como la infiltración local con un anestésico (procaína al 1 %) o una mezcla de anestésico y corticoide en los puntos dolorosos, fisioterapia, ejercicios, calor o masajes⁴⁸.

En relación con los antidepresivos tricíclicos

Estos autores refieren que varios medicamentos han sido utilizados para mejorar la calidad del sueño profundo en la FM, pero los que han obtenido mejores resultados hasta el momento son los antidepresivos tricíclicos. Estos actúan inhibiendo la recaptación de

serotonina a escala central, además de tener un efecto analgésico intrínseco que puede estar relacionado con una potenciación de los efectos analgésicos de las betaendorfinas a escala hipotalámica. Los más utilizados son la amitriptilina, asociada con un relajante muscular de acción central, la ciclobenzaprina. Ambos han sido, hasta el momento, los fármacos que han obtenido mejores resultados en el tratamiento de la FM⁴⁸.

La amitriptilina se administra en dosis única nocturna de 25-50 mg, una dosificación muy inferior a la utilizada habitualmente en los cuadros depresivos, y ha demostrado ser capaz de mejorar el dolor, la rigidez matutina, el sueño y la fatiga, sin disminuir de forma significativa el número de puntos dolorosos. Interfiere en la recaptación de serotonina, tiene una acción directa sobre la fase IV del sueño y posee una acción analgésica central que podría estar relacionada con los opioides endógenos, habiéndose postulado como posibles mecanismos de acción del fármaco en el síndrome fibromiálgico⁴⁸.

Además, recalcan que el tratamiento se inicia con dosis bajas para intentar minimizar los efectos indeseables (sequedad de boca, estreñimiento, aumento de peso). Si los antidepresivos tricíclicos no han sido eficaces en pocas semanas, no debe insistirse en su administración. La ciclobenzaprina, administrada en dosis de 10-30 mg por la noche o dividido durante el día, es un fármaco similar a la amitriptilina, con propiedades relajantes musculares. Mejora el dolor, la fatiga y el sueño y disminuye los puntos dolorosos. Alcanza su máximo efecto unas 2 semanas después de haber iniciado su administración y parece eficaz en la FM infantil a una dosis media de 12,75 mg al día. Por último, la doxepina, administrada a dosis de 10 a 75 mg, tiene una acción sedante similar a la amitriptilina, destacando su acción antihistamínica⁴⁸.

En relación con la benzodiazepinas

Las benzodiazepinas, también pueden ser útiles. Sin embargo, un riesgo del tratamiento con estos fármacos es la dependencia, por lo que requieren un control riguroso. El alprazolam se utiliza en dosis de 0,25 a 1,5 mg por la noche, teniendo una marcada acción ansiolítica⁴⁸.

En relación con los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina

La fluoxetina o la paroxetina a dosis de 20 mg diarios pueden tener efectos beneficiosos en algunos pacientes. Los resultados de los estudios son contradictorios, por lo que suele aconsejarse su utilización cuando existe un trastorno depresivo asociado⁴⁸.

En relación con los AINES

No han demostrado su eficacia en la reducción del dolor de la FM primaria empleados aisladamente. Su uso mejora cuando se combinan con amitriptilina y alprazolam⁴⁸.

En relación con los corticoides

Están contraindicados por su acción miopática y porque provocan una reducción del umbral del dolor⁴⁸.

En relación con los analgésicos

Estos investigadores refieren que puede ser de utilidad puntual la administración de analgésicos como el paracetamol con o sin codeína, el ketorolaco, tramadol (que se une a los receptores opioides del cerebro, de manera similar a la codeína, eleva la concentración de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina e inhibe su recaptación de forma parecida a la amitriptilina)⁴⁸.

Además, añaden que debe evitarse la administración prolongada de codeína y sustancias similares, pues utilizadas durante períodos prolongados disminuyen las endorfinas que el propio organismo produce. Por otra parte, hacen énfasis en que los analgésicos se han mostrado más eficaces que los AINE en el tratamiento del dolor⁴⁸. En relación con lo anterior, los autores de esta investigación concluyen lo siguiente: La psicopatología en los pacientes de FM es fundamental debido a que está comprobada la existencia de factores psicológicos y psicosociales en el proceso, siendo una condición asociada y no la causa del proceso. No se conoce un tratamiento real y efectivo. El uso de amitriptilina, asociado en ocasiones a ciclobenzaprina, puede ofrecer mejoría del cuadro clínico⁴⁸.

Por su parte, Farag et al.⁴⁹, en una investigación de tipo metaanálisis acerca de la comparación de la amitriptilina y los tratamientos aprobados por la administración de alimentos y medicamentos de EE.UU. para la FM, mencionan que el objetivo de esta investigación era mostrar la eficacia comparativa y la aceptabilidad asociadas con las opciones de tratamiento farmacológico para la FM. Las fuentes de datos para dicho estudio fueron las siguientes: PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, Embase y Clinicaltrials.gov, llevadas a cabo el 20 de noviembre de 2018 y actualizadas el 29 de julio de 2019⁴⁹.

Dentro de los principales resultados y medidas de esta investigación, destacan las siguientes: la eficacia y aceptabilidad comparativas (definidas como interrupción del tratamiento debido a reacciones adversas a los medicamentos) asociadas con amitriptilina (fuera de etiqueta), pregabalina, duloxetina y milnacipran (sin etiqueta) para reducir los síntomas de la FM. Se compararon las siguientes dosis: 60 mg y 120 mg de duloxetina; 150 mg, 300 mg, 450 mg y 600 mg de pregabalina; 100 mg y 200 mg de milnacipran; y amitriptilina. Los tamaños de efecto se informan como diferencias medias estandarizadas (SMD) para resultados continuos y coeficientes de probabilidades (OR) para resultados dicotómicos con intervalos creíbles del 95 % (IC del 95 %). Los hallazgos se consideraron estadísticamente significativos cuando el 95 % de IC no incluía el valor nulo (0 para SMD y 1 para OR). También se evaluó la clasificación relativa del tratamiento utilizando la superficie bajo la curva de clasificación acumulativa (SUCRA)⁴⁹.

Además, se incluyeron un total de 36 estudios (11 930 pacientes). La edad media (DE) de los pacientes fue de 48,4 (10,4) años, y 11 261 pacientes (94,4 %) eran mujeres. En comparación con el placebo, la amitriptilina se asoció con una reducción de los trastornos del sueño, fatiga y una mejor calidad de vida. La duloxetina 120 mg se asoció con la mayor mejora en el dolor y la depresión frente a placebo. Todos los tratamientos se asociaron con una aceptabilidad inferior (mayor tasa de abandono) que el placebo, excepto la amitriptilina. De acuerdo con la clasificación relativa de tratamientos basada en SUCRA, la duloxetina 120 mg se asoció con una mayor eficacia para tratar el dolor y la depresión, mientras que la amitriptilina se asoció con una mayor eficacia para mejorar el sueño, la fatiga y la calidad de

vida en general. Con base en los datos anteriores, los investigadores concluyen lo siguiente: Estos hallazgos sugieren que los médicos deben considerar cómo los tratamientos podrían adaptarse a los síntomas individuales, sopesando los beneficios y la aceptabilidad, al recetar medicamentos a pacientes con fibromialgia⁴⁹.

Por su parte, Lee et al.⁵⁰ realizaron un metaanálisis sobre la eficacia comparativa y la tolerabilidad de la duloxetina, la pregabalina y el milnacipran en el tratamiento de la FM. El objetivo del estudio era evaluar la eficacia relativa y la tolerabilidad de la duloxetina, la pregabalina y el milnacipran en las dosis recomendadas para pacientes con FM. En su metodología, incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) que examinaban la eficacia y la seguridad de la duloxetina 60 mg, la pregabalina 300 mg, la pregabalina 150 mg, el milnacipran 200 mg y el milnacipran 100 mg en comparación con placebo en pacientes con FM⁵⁰.

Nueve ECA, con un total de 5140 pacientes, cumplieron con los criterios de inclusión. La proporción de pacientes con una mejora superior al 30 % en el dolor desde el valor basal fue significativamente mayor en los grupos de duloxetina 60 mg, pregabalina 300 mg, milnacipran 100 mg y milnacipran 200 mg que en el grupo placebo. La probabilidad de clasificación basada en la superficie bajo la curva de clasificación acumulativa (SUCRA) indicó que la duloxetina 60 mg tenía la mayor probabilidad de ser el mejor tratamiento para alcanzar el nivel de respuesta deseado (SUCRA = 0,9431), seguida por la pregabalina 300 mg (SUCRA = 0,6300), el milnacipran 100 mg (SUCRA = 0,5680), el milnacipran 200 mg (SUCRA = 0,5617), la pregabalina 150 mg (SUCRA = 0,2392) y el placebo (SUCRA = 0,0580). El riesgo de abstinencia debido a eventos adversos fue menor en el grupo placebo que en los grupos de pregabalina 300 mg, duloxetina 60 mg, milnacipran 100 mg y milnacipran 200 mg⁵⁰.

Sin embargo, no hubo una diferencia significativa en la eficacia y la tolerabilidad entre los medicamentos a las dosis recomendadas. La duloxetina 60 mg, la pregabalina 300 mg, el milnacipran 100 mg y el milnacipran 200 mg fueron más eficaces que el placebo, pero no se

encontraron diferencias significativas en la eficacia y la tolerabilidad entre los medicamentos a las dosis recomendadas⁵⁰.

Welsch et al.⁵¹ realizaron una revisión sistemática sobre los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) para la FM. El objetivo de esta investigación era evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de los IRSN en comparación con placebo u otros medicamentos activos en el tratamiento de la FM en adultos. Los métodos de búsqueda incluyeron CENTRAL, MEDLINE, Embase, los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU. y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos de la OMS, revisando hasta el 8 de agosto de 2017. Los criterios de selección fueron ensayos aleatorios y controlados de cualquier formulación de SNRI contra placebo o cualquier otro tratamiento activo de la FM en adultos⁵¹.

Los principales resultados incluyeron ocho nuevos estudios con 1979 participantes, sumando un total de 18 estudios con 7903 participantes. Siete estudios investigaron la duloxetina y nueve el milnacipran frente a placebo. Un estudio comparó la desvenlafaxina con placebo y pregabalina, y otro la duloxetina con L-carnitina. La mayoría de los estudios presentaron un riesgo poco claro o alto de sesgo en tres a cinco dominios. La calidad de la evidencia para todas las comparaciones de desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran frente al placebo fue baja, debido a preocupaciones sobre el sesgo de publicación y la indirectividad, y muy baja para eventos adversos graves debido a preocupaciones sobre el sesgo de publicación, la imprecisión y la indirectividad. La calidad de la evidencia de todas las comparaciones de duloxetina y desvenlafaxina con otros medicamentos activos fue muy baja debido a preocupaciones sobre el sesgo de publicación, la imprecisión y la indiferencia⁵¹.

Además, la duloxetina y el milnacipran no mostraron un beneficio clínicamente relevante sobre el placebo para el alivio del dolor del 50 % o más; sin embargo, sí tuvieron un beneficio clínicamente relevante en comparación con el placebo para aliviar el dolor del 30 % o más. No hubo diferencias entre la duloxetina o el milnacipran y el placebo en la reducción de los problemas del sueño. Las tasas de abandono debido a eventos adversos fueron más altas para la duloxetina y el milnacipran que para el placebo. En general, los

posibles beneficios de la duloxetina y el milnacipran en la FM fueron superados por sus posibles daños. Sin embargo, una minoría de personas con FM podría experimentar un alivio sustancial de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes con duloxetina o milnacipran⁵¹.

Además, la duloxetina y el milnacipran tuvieron un beneficio clínicamente relevante en comparación con el placebo para aliviar el dolor del 30 % o más. RD fue de 0,10; IC del 95 % de 0,08 a 0,12; NNTB 10, IC del 95 % de 8 a 12. La duloxetina y el milnacipran no tuvieron ningún beneficio clínicamente relevante para la fatiga, en comparación con el placebo. No hubo diferencias entre la duloxetina o el milnacipran y el placebo en la reducción de los problemas del sueño⁵¹.

También, la duloxetina y el milnacipran no tuvieron ningún beneficio clínicamente relevante en comparación con el placebo en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. Hubo 794 de 4166 (19 %) participantes en SNRI que abandonaron debido a eventos adversos en comparación con 292 de 2863 (10 %) de participantes en placebo. No hubo diferencia en los eventos adversos graves entre la duloxetina, el milnacipran o la desvenlafaxina y el placebo. No hubo diferencia entre la desvenlafaxina y el placebo en la eficacia, tolerabilidad y la seguridad en un pequeño ensayo. No hubo diferencia entre la duloxetina y la desvenlafaxina en la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad en dos ensayos con comparadores activos (L-carnitina, pregabalina)⁵¹.

Por último, con base a los datos anteriores, sobre la base de la evidencia de baja a muy baja calidad, los SNRI duloxetina y milnacipran no proporcionaron ningún beneficio clínicamente relevante sobre el placebo en la frecuencia de alivio del dolor del 50 % o más, pero para que la impresión global del paciente mejorara mucho o mucho y en la frecuencia de alivio del dolor del 30 % o más, hubo un beneficio clínicamente relevante. Los SNRIs duloxetina y milnacipran no proporcionaron ningún beneficio clínicamente relevante sobre el placebo para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y para reducir la fatiga. La duloxetina y el milnacipran no difirieron significativamente del placebo en la reducción de los problemas de sueño. Las tasas de abandono debido a eventos adversos fueron más altas

para la duloxetina y el milnacipran que para el placebo. En promedio, los beneficios potenciales de la duloxetina y el milnacipran en la FM fueron superados por sus posibles daños. Sin embargo, una minoría de personas con FM podrían experimentar un alivio sustancial de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes con duloxetina o milnacipran. No encontramos estudios controlados con placebo con otros SNRI que no sean desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran⁵¹.

Por otra parte, de acuerdo con Walitt et al.⁵², que realizaron una revisión sistemática sobre el uso de antipsicóticos para la FM en adultos, el objetivo de esta investigación era evaluar la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad de los antipsicóticos en la FM en adultos. Como métodos de búsqueda, mencionan que revisaron CENTRAL (2016, Número 4), MEDLINE y EMBASE hasta el 20 de mayo de 2016, además de las listas de referencia de documentos y revisiones recuperados y dos registros de ensayos clínicos. Los criterios de selección utilizados incluyeron ensayos controlados de al menos cuatro semanas de duración de cualquier formulación de antipsicóticos utilizados para el tratamiento de la FM en adultos.

Con base en lo anterior, los resultados principales de la investigación incluyeron un total de cuatro estudios con 296 participantes. Tres estudios con 206 participantes compararon la quetiapina, un antipsicótico atípico (de segunda generación), con placebo. Un estudio utilizó un diseño cruzado y dos estudios un diseño de grupo paralelo. La duración del estudio fue de ocho o 12 semanas. La quetiapina se usó en todos los estudios con una dosis a la hora de acostarse entre 50 y 300 mg/día. Todos los estudios tenían una o más fuentes de posible sesgo importante y se juzgaron como de riesgo moderado de sesgo en general. Los resultados principales de esta revisión fueron el alivio del dolor informado por los participantes del 50 % o más, la impresión global de cambio del paciente (PGIC) que mejoró mucho, la abstinencia debido a eventos adversos (tolerabilidad) y eventos adversos graves (seguridad)⁵².

Además, la quetiapina fue estadísticamente superior al placebo en la reducción de los problemas de sueño, depresión y ansiedad (evidencia de muy baja calidad). La quetiapina también fue estadísticamente superior al placebo en la reducción del riesgo de retirada del

estudio debido a la falta de eficacia (evidencia de muy baja calidad). No hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la quetiapina y el placebo en la proporción de participantes que se retiraron debido a eventos adversos (tolerabilidad), en la frecuencia de eventos adversos graves (seguridad) y en la proporción de participantes que informaron mareos y somnolencia como evento adverso (evidencia de muy baja calidad)⁵².

Es por lo anterior, que los investigadores concluyen lo siguiente: La evidencia de muy baja calidad sugiere que la quetiapina puede considerarse para un ensayo de tiempo limitado (4 a 12 semanas) para reducir el dolor, los problemas de sueño, la depresión y la ansiedad en pacientes con FM con depresión mayor. Los posibles efectos secundarios, como el aumento de peso, deben equilibrarse con los posibles beneficios en la toma de decisiones compartida con el paciente⁵².

Por su parte, Welsch et al.⁵³ realizaron otra investigación de tipo revisión sistemática sobre la mirtazapina para la FM en adultos. El objetivo de esta investigación era evaluar la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad del antidepresivo tetracíclico, la mirtazapina, en comparación con placebo u otro(s) medicamento(s) activo(s) en el tratamiento de la FM en adultos. Como métodos de búsqueda, revisaron el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, Embase, SCOPUS, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud, examinando listas de referencia de artículos revisados, hasta el 9 de julio de 2018.

Además, mencionan que, dentro de los criterios de selección, incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) de cualquier formulación de mirtazapina contra placebo, o cualquier otro tratamiento activo de la FM, en adultos. Basándose en lo anterior, obtuvieron los siguientes resultados: tres estudios con 606 participantes compararon la mirtazapina con el placebo (pero no con otros medicamentos) durante siete a 13 semanas. Dos estudios tenían un riesgo poco claro o alto de sesgo en seis o siete de los ocho dominios. Juzgaron que la evidencia de todos los resultados era de baja o muy baja calidad debido a la mala calidad del estudio, la indiferencia, la imprecisión y, a veces, el bajo número de eventos. No hubo

diferencia entre la mirtazapina y el placebo para ningún resultado primario: alivio del dolor informado por el participante del 50 % o más; tres estudios con 591 participantes; evidencia de baja calidad. No hay datos disponibles para PGIC; solo un solo evento adverso grave para la evaluación de la seguridad (RD -0.00, IC del 95 % -0.01 a 0.02; tres estudios con 606 participantes; evidencia de muy baja calidad); y tolerabilidad como frecuencia de abandonos debido a eventos adversos; tres estudios con 606 participantes; evidencia de baja calidad)⁵³.

En relación con los datos anteriores, los estudios no demostraron ningún beneficio de la mirtazapina sobre el placebo para el alivio del dolor del 50 % o más, la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del 20 % o más, o la reducción de la fatiga o el estado de ánimo negativo. Sin embargo, se mostraron beneficios clínicamente relevantes para el alivio del dolor del 30 % o más, la reducción de la intensidad media del dolor y los problemas de sueño. La somnolencia, el aumento de peso y la elevación de la alanina aminotransferasa fueron más frecuentes con la mirtazapina que con el placebo. La calidad de la evidencia fue baja o muy baja, con dos de los tres estudios de calidad cuestionable y preocupaciones sobre la inditividad y el riesgo de sesgo de publicación. En general, cualquier beneficio potencial de la mirtazapina en la FM fue superado por sus posibles daños, aunque una pequeña minoría de personas con FM podría experimentar un alivio sustancial de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes⁵³.

De acuerdo con lo expuesto por Derry et al.⁵⁴ en una revisión sistemática sobre los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales para la FM en adultos, el objetivo de esta investigación era evaluar la eficacia analgésica, la tolerabilidad (abandono debido a eventos adversos) y la seguridad (eventos adversos graves) de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos orales para la FM en adultos. Como métodos de búsqueda, mencionan que utilizaron bases de datos de CENTRAL, MEDLINE y Embase ensayos controlados aleatorios desde el inicio hasta enero de 2017. También buscaron en las listas de referencia de estudios y revisiones recuperados, y en los registros de ensayos clínicos en línea.

Además, mencionan que, dentro de los criterios de selección, incluyeron ensayos aleatorios, doble ciego de dos semanas de duración o más, comparando cualquier AINE oral con placebo u otro tratamiento activo para el alivio del dolor en la FM, con una evaluación subjetiva del dolor por parte del participante⁵⁴.

Dentro de los resultados de la investigación, destaca lo siguiente: identificaron seis estudios aleatorios, doble ciego, en los que participaron 292 participantes en FM caracterizada adecuadamente. La edad media de los participantes era de entre 39 y 50 años, y entre el 89 % y el 100 % eran mujeres. La intensidad inicial del dolor fue de alrededor de 7/10 en una escala de dolor de 0 a 10, lo que indica un dolor intenso. Los AINE probados fueron etoricoxib 90 mg diarios, ibuprofeno 2400 mg diarios, naproxeno 1000 mg diarios y tenoxicam 20 mg diarios; 146 participantes recibieron AINE y 146 placebo. La duración del tratamiento en la fase doble ciego varió entre tres y ocho semanas. No todos los estudios informaron de todos los resultados de interés. Los análisis consistentemente no mostraron una diferencia significativa entre los AINE y el placebo: beneficio sustancial (al menos un 50 % de reducción de la intensidad del dolor) en 2 estudios con 146 participantes; beneficio moderado (al menos un 30 % de reducción de la intensidad del dolor) en 3 estudios con 192 participantes; retiros debido a eventos adversos en 4 estudios con 230 participantes; participantes que experimentan cualquier evento adverso en 4 estudios con 230 participantes; retiros de todas las causas en 3 estudios con 192 participantes⁵⁴.

Además, añaden que no hubo eventos adversos graves ni muertes. Aunque la mayoría de los estudios incluyeron algunas medidas de la calidad de vida relacionada con la salud, el impacto de la FM u otros resultados, ninguno informó de los resultados más allá de decir que no había o había poca diferencia entre los grupos de tratamiento. Rebajamos la evidencia de todos los resultados a una calidad muy baja, lo que significa que esta investigación no proporciona una indicación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto pueda ser sustancialmente diferente es muy alta. Esto se basa en el pequeño número de estudios, participantes y eventos, así como en otras deficiencias en la presentación de informes sobre la calidad del estudio que permiten posibles riesgos de sesgo⁵⁴.

Con base en lo anterior, los autores concluyen que hay una cantidad modesta de evidencia de muy baja calidad sobre el uso de AINE en la FM, y eso proviene de estudios pequeños, en gran medida inadecuados, con un riesgo potencial de sesgo. Ese sesgo normalmente sería aumentar los beneficios aparentes de los AINE, pero no se observaron tales beneficios. En consecuencia, los AINE no pueden considerarse útiles para tratar la FM⁵⁴.

Por su parte, Derry et al.⁵⁵ realizaron un estudio de tipo revisión sistemática sobre la pregabalina para el dolor en la FM en adultos. Este estudio tenía como objetivo evaluar la eficacia analgésica y los eventos adversos de la pregabalina en comparación con el placebo o cualquier otro comparador activo. Como métodos de búsqueda, revisaron el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE y EMBASE para ensayos controlados aleatorios desde el inicio hasta mayo de 2009 para la revisión original y hasta el 16 de marzo de 2016 para esta actualización. También examinaron las listas de referencia de estudios y revisiones recuperadas, así como los registros de ensayos clínicos en línea⁵⁵.

Los investigadores identificaron dos nuevos estudios publicados con diseño clásico y un nuevo estudio con un diseño de retirada aleatoria de inscripción enriquecida (EERW). Incluyeron ocho estudios en total. Cinco de estos estudios (3283 participantes) tenían un diseño clásico, donde los participantes fueron aleatorizados al inicio del estudio a recibir pregabalina (150, 300, 450 o 600 mg diarios) o placebo, evaluados después de 8 a 13 semanas de tratamiento estable. Ningún estudio incluyó comparadores activos. Estos estudios presentaron un bajo riesgo de sesgo, excepto que el último método de imputación de observación arrastrada (LOCF) utilizado en los análisis de los resultados primarios podría haber sobreestimado el efecto del tratamiento⁵⁵.

La pregabalina aumentó significativamente el número de participantes que experimentaron un beneficio sustancial (al menos un 50 % de reducción de la intensidad del dolor después de 12 o 13 semanas de tratamiento estable, con un RR de 1,8; IC del 95 %: 1,4 a 2,1, basado en 1874 participantes de 5 estudios; evidencia de alta calidad).

Aproximadamente el 14 % de los participantes con placebo experimentaron un beneficio sustancial, en comparación con alrededor de un 9 % más con pregabalina de 300 a 600 mg (22 % a 24 %; evidencia de alta calidad). La pregabalina también incrementó el número de participantes que experimentaron un beneficio moderado (al menos un 30 % de reducción de la intensidad del dolor) después de 12 o 13 semanas de tratamiento estable (450 mg: RR 1,5, IC del 95 %: 1,3 a 1,7, basado en 1874 participantes de 5 estudios; evidencia de alta calidad). Alrededor del 28 % de los participantes con placebo experimentaron un beneficio moderado, frente a un 11 % más con pregabalina de 300 a 600 mg (39 % a 43 %; evidencia de alta calidad). Se encontró una magnitud similar de efecto usando la PGIC de “mucho mejorado” y “mucho o mucho mejorado”. Los NNT para estos resultados oscilaron entre 7 y 14 (evidencia de alta calidad). Un pequeño estudio (177 participantes) que comparó pregabalina administrada cada noche con dos veces al día concluyó que no había diferencia en el efecto⁵⁵.

Además, añaden que dos estudios (1492 participantes comenzaron la titulación de la dosis inicial, 687 participantes aleatorizados) emplearon un diseño de EERW en el que aquellos con buen alivio del dolor después de la titulación fueron aleatorizados, en doble ciego, para continuar con la dosis efectiva (300 a 600 mg de pregabalina al día) o una breve reducción de la titulación a placebo durante 13 o 26 semanas. Calculamos el resultado de la respuesta terapéutica mantenida (MTR) sin retirada, equivalente a un beneficio moderado. De los aleatorizados, el 40 % tuvo MTR con pregabalina y el 20 % con placebo (evidencia de alta calidad). El número necesario para tratar (NNT) era de 5, pero normalizado a la población inicial probada era de 12. Alrededor del 10 % de la población inicial habría logrado el resultado de MTR, similar al resultado de los estudios de diseño clásico. El MTR no presentó problemas de imputación⁵⁵.

Por otra parte, la mayoría (del 70 % al 90 %) de los participantes en todos los grupos de tratamiento experimentaron eventos adversos. Los eventos adversos específicos fueron más comunes con la pregabalina que con el placebo, en particular mareos, somnolencia, aumento de peso y edema periférico, con un número necesario para dañar (NND) de 3,7, 7,4, 18 y 19 respectivamente para todas las dosis combinadas (evidencia de alta calidad). Los eventos adversos graves no mostraron diferencias significativas entre los grupos de

tratamiento activo y el placebo (evidencia de muy baja calidad). Los retiros por cualquier motivo fueron más comunes con pregabalina que con placebo solo con la dosis de 600 mg en estudios de diseño clásico. Los retiros debidos a eventos adversos fueron aproximadamente un 10 % más altos con pregabalina que con placebo, pero los retiros debido a la falta de eficacia fueron aproximadamente un 6 % más bajos (evidencia de alta calidad)⁵⁵.

Con base en los datos anteriores, los autores concluyen lo siguiente: la pregabalina, en dosis de 300 a 600 mg, produce una reducción significativa en la intensidad del dolor durante 12 a 26 semanas, con eventos adversos que son tolerables para una pequeña proporción de personas (alrededor de un 10 % más que con el placebo) que sufren de dolor moderado o intenso debido a la FM. Se observa que el grado de alivio del dolor está acompañado de mejoras en otros síntomas, en la calidad de vida y en la función. Estos resultados son similares a los obtenidos con otros medicamentos eficaces para la FM, como el milnacipran y la duloxetina⁵⁵.

4.3 Resultados del tercer objetivo específico

En relación con el tercer objetivo específico de la presente revisión bibliográfica, que consiste en generar intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria en pacientes femeninas con FM de 25 a 55 años durante el periodo de 2023, se expone lo siguiente:

De acuerdo con Fernández et al.⁵⁶, en lo que respecta al abordaje del paciente con FM en atención primaria, destacan la importancia del carácter individualizado del tratamiento. Este debe ser multidisciplinar, dado que afecta varias esferas de la vida del paciente (física, psíquica, social y laboral). En este apartado de la tesis, nos centraremos en las medidas no farmacológicas del tratamiento de la FM, específicamente en tres esferas de atención: física-rehabilitadora, cognitivo-conductual y educación para la salud. Estas pueden considerarse intervenciones clínicas que valoran los procesos de atención primaria en este grupo de pacientes anteriormente mencionado.

Es importante destacar que dichas modalidades deberían formar parte de la terapia inicial y continuar incluso después de la introducción de la terapia farmacológica. A continuación, se detalla más sobre este enfoque:

En relación con los cuidados físicos- rehabilitadores

Ejercicio físico

Está demostrado que el ejercicio constituye un componente fundamental en el abordaje del paciente con FM, siendo considerado como la terapia no farmacológica más efectiva en el tratamiento de esta enfermedad. Además, es importante enfatizar la educación del paciente para que adquiera un estilo de vida que incorpore ejercicio físico de moderada intensidad, practicado al menos 2-3 veces por semana. Para aumentar el cumplimiento, puede ser necesario que, al comienzo de la práctica de ejercicio, este sea supervisado por un profesional. Otra opción sería el ejercicio en grupo, que favorece la interacción social y la motivación⁵⁶.

Consideraciones iniciales⁵⁶:

- El ejercicio se adaptará a las preferencias individuales y comorbilidades de cada paciente.
- Comenzar con un Programa de Entrenamiento inicial, por debajo de las capacidades individuales, y prolongarlo durante 4 semanas.
- Dar información de que a corto plazo puede aumentar de forma tolerable el dolor y la fatiga, disminuyendo con el paso del tiempo.

Tipos de ejercicio físico

Ejercicio aeróbico

El ejercicio aeróbico se basa en la utilización de grandes grupos musculares, manteniendo una Frecuencia Cardiaca (FC) no superior al 70-85 % de la FC máxima. Como

norma general para calcular la FC máxima, se debe restar la edad del paciente a 220. El margen terapéutico del ejercicio es estrecho: tanto el sedentarismo como la hiperactividad pueden ser responsables de crisis o empeoramientos en la evolución de la FM⁵⁶.

En la fase inicial, se debe comenzar con una FC máxima menor (60-75 %), aumentando su frecuencia progresivamente. En la fase de mantenimiento, se debe incrementar la intensidad del ejercicio, disminuyendo su frecuencia de realización. Se recomienda al paciente mantener el ritmo de ejercicio alcanzado para no comprometer la mejoría obtenida. Existe evidencia moderada-alta, basada en varios ensayos clínicos, de que este tipo de ejercicio disminuye el dolor y aumenta la función física y la sensación de bienestar⁵⁶. Ejemplos de ejercicio aeróbico incluyen natación, caminar, bailar y bicicleta; no se recomiendan actividades de impacto como carreras o saltos.

Ejercicio anaeróbico o de fortalecimiento muscular

Se menciona que este tipo de ejercicio mejora la resistencia y la fuerza muscular al contraer el músculo contra resistencias, como pueden ser pesas, bandas elásticas o el propio peso corporal. Aunque no hay suficiente evidencia debido a la escasez de estudios realizados, estos ejercicios sugieren ser una buena alternativa para disminuir el dolor y mejorar la sensación de bienestar, depresión y sensibilidad dolorosa a la presión. Se recomienda a los pacientes con FM realizar estos ejercicios dos veces a la semana, ya sea de forma aislada o como terapia mixta (combinando ejercicio aeróbico y ejercicios de fortalecimiento)⁵⁶.

Ejercicio de estiramiento o flexibilidad

Su función principal es mejorar la elasticidad corporal. No existe evidencia científica que respalde su beneficio en el tratamiento de la FM⁵⁶.

Pilates

Esta terapia física combina filosofías orientales y occidentales, como el yoga, la danza, la gimnasia y el entrenamiento de resistencia. Su objetivo es mejorar la flexibilidad de la columna vertebral y de las extremidades, corrigiendo la postura corporal mediante el fortalecimiento muscular. Estudios demuestran el beneficio de esta terapia en el control del dolor, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes con FM, aunque se requieren investigaciones adicionales con periodos de seguimiento más largos⁵⁶.

Otra de las intervenciones clínicas que se pueden proponer para mejorar la atención de las mujeres con FM en atención primaria es la educación sobre normas de higiene postural. A continuación, se detallan estas recomendaciones⁵⁶:

En relación con normas de higiene postural

Periodos de actividad ⁵⁶:

- Mantener la espalda recta al pasar de sedestación a bipedestación.
- Repartir el peso de la carga entre ambos miembros superiores de forma equilibrada.
- Si se trabaja durante largos periodos de tiempo manteniendo una postura en concreto, descansar entre 2-3 minutos en posición de sedestación, con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo.
- Si el trabajo requiere muchas horas estando de pie, cada 15 minutos transferir el peso del cuerpo de un miembro inferior a otro.
- Si el trabajo se realiza en sedestación: espalda recta y pies apoyados en el suelo.
- Si hay que levantar algún peso, siempre con la espalda recta y doblando las rodillas.

Periodos de descanso ⁵⁶:

- En decúbito supino, mantener las rodillas ligeramente flexionadas, por ejemplo ayudándose de cojines.
- En decúbito prono, estar el menor tiempo posible, para evitar la carga en la zona lumbar.

- En decúbito lateral, el miembro inferior sobre el que nos apoyamos debe de estar en flexión de rodilla y cadera.
- Columna cervical alineada con columna dorsal, por lo tanto, la almohada no ha de ser ni muy alta pero tampoco muy baja.

Con respecto al colchón, ha de ser firme y adaptable, pero no duro. Por norma general, la capacidad de amortiguación se pierde a los 10 años de uso.

Terapias alternativas:

La FM es una enfermedad de etiología desconocida que requiere un tratamiento multidisciplinar. Esto lleva a muchos pacientes a explorar terapias no convencionales. En la mayoría de los casos, faltan estudios que investiguen la efectividad e inocuidad de estos tratamientos, además de presentar el riesgo de sesgos en sus diseños y una falta de resultados concluyentes. Estas terapias suelen provocar efectos positivos, pero a corto plazo⁵⁶. Dentro de las cuales se exponen las siguientes:

Acupuntura:

Esta técnica medicinal de origen chino, utilizada desde hace más de 2500 años, se basa en la reducción del dolor a través de la inserción de agujas en determinados puntos corporales, conocidos como “puntos de acupuntura”. La teoría general de la acupuntura sostiene que existe una energía vital, llamada Qi, que fluye por todo el cuerpo. La enfermedad surge cuando esta energía se desequilibra, pero puede restablecerse a través de los puntos de acupuntura⁵⁶. Existen dos variantes de esta terapia que han sido analizadas en varios estudios científicos⁵⁶:

- Electroacupuntura (EA): utiliza corrientes eléctricas que pasan a través de las agujas hacia el cuerpo del paciente.
- Acupuntura Manual (AM): solo utiliza agujas que se insertan en puntos corporales específicos.

Hay mucha controversia sobre los beneficios de dicha medida no farmacológica en el tratamiento de la FM. Sin embargo, no existen suficientes estudios de moderada-alta calidad sobre la aplicación de acupuntura en dicha enfermedad, aunque se sugiere que es más beneficiosa que no aplicar tratamiento alguno. Se ha relacionado con una mejora en el efecto del tratamiento farmacológico y del ejercicio físico sobre la FM⁵⁶.

Láser

Es una terapia que ha demostrado su utilidad para el alivio del dolor, limitación funcional y disminución de puntos dolorosos en pacientes afectados de FM⁵⁵.

Musicoterapia

La Asociación Americana de Musicoterapia define dicha terapia como el uso de la música por una persona cualificada para provocar cambios en el funcionamiento físico, psíquico, cognitivo o social de pacientes con problemas de salud. Además, existen referencias históricas de su uso hace cientos de años. Florence Nightingale, fundadora de la Enfermería Moderna, utilizó la escucha musical como una intervención de enfermería y proponía que era responsabilidad de esta profesión controlar el entorno del paciente y favorecer su curación⁵⁶.

Por otra parte, diferentes estudios demuestran una mejoría significativa en cuanto a la intensidad del dolor y los síntomas depresivos en pacientes con FM. Uno de ellos argumenta que, con solo escuchar música una vez al día durante 30 minutos, ayuda a controlar el dolor en la FM. No solo tiene un efecto instantáneo, sino que también perdura durante 2 horas. La Musicoterapia es una intervención de bajo coste, fácil en su abordaje y que no produce efectos secundarios dañinos⁵⁶.

Terapia cognitivo conductual

Dicha terapia es considerada como la más beneficiosa en comparación con otras terapias psicológicas. Es conducida por un profesional entrenado, como un psicólogo o

psiquiatra, formando parte de una terapia individual o grupal. Estudios demuestran que dicha terapia mejora el dolor, la fatiga y la funcionalidad del paciente con FM, incluso 12 meses después de un programa⁵⁶.

En relación con lo anterior, Hidalgo et al.⁵⁷ en un estudio de tipo descriptivo y prospectivo acerca de la terapia cognitivo-conductual en la FM, mencionan que utilizaron una muestra de 30 pacientes diagnosticadas con FM, en el periodo de mayo a septiembre de 2017. La mayoría de las pacientes fueron mujeres entre los 30 y 40 años de edad, cuyo síntoma principal fue el dolor generalizado, con un espectro ansioso-depresivo. Además, estos autores refieren que utilizaron el test de ansiedad y depresión hospitalaria para diagnosticar la presencia de ansiedad y depresión antes y después de la terapia. Los pacientes con FM fueron tratados con hipnosis, con un enfoque cognitivo-conductual, en el 70,1 %, los síntomas desaparecieron o mejoraron durante los meses en los que mantuvieron el tratamiento, lo cual demuestra la efectividad del tratamiento con TCC en pacientes con FM.

Por otra parte, Serrat et al.⁵⁸ en una investigación de tipo ensayo controlado aleatorizado, acerca de la eficacia de un tratamiento multicomponente basado en la educación en neurociencia del dolor, el ejercicio terapéutico, la terapia cognitivo-conductual y la atención plena en pacientes con FM (estudio FIORWALK). Estos autores refieren que el objetivo de esta investigación era evaluar la efectividad de un tratamiento multicomponente de 12 semanas basado en la educación en neurociencia del dolor, ejercicio terapéutico, terapia cognitivo-conductual y atención plena, además del tratamiento como de costumbre, en comparación con el tratamiento habitual solo en pacientes con FM. Como parte de su metodología de investigación, mencionan que este ensayo controlado aleatorio involucró a un total de 272 pacientes que fueron asignados al azar a un tratamiento multicomponente (n = 135) o al tratamiento como de costumbre (n = 137). El tratamiento multicomponente (sesiones semanales de 2 horas) se impartió en grupos de 20 participantes. El tratamiento habitual se basó principalmente en el tratamiento farmacológico de acuerdo con los síntomas predominantes. Se recopilaron datos sobre el deterioro funcional utilizando el Cuestionario Revisado de Impacto de la Fibromialgia como resultado principal, al igual que los datos de dolor, fatiga, kinesiofobia, función física, ansiedad y síntomas depresivos (resultados

secundarios) en la línea de base, 12 semanas y, solo para el grupo multicomponente, 6 y 9 meses. Se utilizó un enfoque de intención de tratar para analizar las diferencias entre los grupos. También se analizaron las diferencias de referencia entre los respondedores (>20 % de reducción del cuestionario revisado sobre el impacto de la FM) y los no respondedores, y se calculó el número necesario para tratar⁵⁸.

Es por lo anterior que se obtienen los resultados de su investigación: en el postratamiento, se encontraron diferencias significativas entre grupos con un gran tamaño de efecto a favor del tratamiento multicomponente en el deterioro funcional, el dolor, la kinesiofobia y la función física, mientras que las diferencias con un efecto de tamaño moderado se encontraron en la fatiga, la ansiedad y los síntomas depresivos. Los no respondedores obtuvieron una puntuación más alta en los síntomas depresivos que los respondedores en la línea de base. El número necesario para tratar fue de 2⁵⁸.

En conclusión, hubo evidencia de efectos positivos a corto plazo (hasta 3 meses) del tratamiento multicomponente para la FM. Algunas deficiencias metodológicas (por ejemplo, la ausencia de seguimiento en el grupo de control y el seguimiento de la adherencia al tratamiento, la posible lealtad a la investigación) impiden conclusiones sólidas con respecto al programa multicomponente propuesto⁵⁸.

Terapia basada en la atención plena y aceptación para los pacientes con FM

Por su parte, Haugmark et al.⁵⁹ en una investigación de tipo metaanálisis, acerca de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación para pacientes con FM. Refieren que el objetivo de esta investigación era poder analizar los efectos sobre la salud de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación, incluida la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR), la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Dentro de la metodología de la investigación, mencionan lo siguiente: realizaron una búsqueda sistemática de literatura en las bases de datos MEDLINE, PsychINFO, CINAHL,

EMBASE, Cochrane Central y AMED desde 1990 hasta enero de 2019. Incluyeron ensayos controlados aleatorios y cuasi-aleatorios que analizan los efectos sobre la salud de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación para pacientes con FM en comparación con la ausencia de intervención, el control de la lista de espera, el tratamiento como de costumbre o las intervenciones activas. Se incluyó MBSR combinado con otros tratamientos. Los resultados predefinidos fueron el dolor, la fatiga, la calidad del sueño, la angustia psicológica, la depresión, la ansiedad, la atención plena, la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad de trabajo. La lista de verificación y la guía de la Plantilla para la Descripción y Replicación de la Intervención (TIDieR) se utilizó para explorar el contenido y los componentes de entrega en las intervenciones. Se realizaron metaanálisis y se utilizó GRADE para evaluar la certeza de la evidencia⁵⁹.

Es por lo anterior que los investigadores obtienen los siguientes resultados: la búsqueda identificó 4430 registros, de los cuales se incluyeron nueve ensayos originales. La gran mayoría de los participantes eran mujeres. Los análisis mostraron efectos de pequeños a moderados a favor de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación en comparación con los controles en el dolor, la depresión, la ansiedad, la atención plena, la calidad del sueño y la calidad de vida relacionada con la salud al final del tratamiento. Los efectos son inciertos debido a las limitaciones de los estudios individuales, los resultados inconsistentes y la imprecisión⁵⁹.

Por último, los autores concluyen que los efectos en la salud de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación para los pacientes con FM son prometedores pero inciertos. Los ensayos futuros deberían considerar investigar si las estrategias para mejorar la adherencia y la fidelidad de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación pueden mejorar los resultados de salud. Por lo cual es necesario seguir investigando esta terapia⁵⁹.

En estas mismas líneas, Sánchez et al.⁶⁰ en una investigación de tipo metaanálisis sobre los beneficios de las intervenciones en atención plena en personas con FM. Mencionan que el objetivo de esta investigación era poder identificar la eficacia que poseen las

intervenciones basadas en *mindfulness* sobre distintas variables psicológicas en personas con FM.

Dentro de los resultados de esta investigación, destaca lo siguiente: parece ser que las personas con FM, para tener una mejor calidad de vida, deberían presentar una actitud de apertura sin prejuicios, aceptar la enfermedad, aunque ciertamente es una situación delicada. Sin embargo, para mejorar tal situación, la práctica de la atención plena podría reducir los niveles de ansiedad y depresión. La participación en este tipo de programas de intervención sugiere promover habilidades y perspectivas que permiten mostrar una actitud más positiva hacia la vida⁶⁰.

Además, la práctica de la conciencia plena sugiere promover el desarrollo de estrategias activas para la regulación emocional, al favorecer el propio bienestar. Aunque en la actualidad el síndrome de FM es difícil de determinar, al tratarse de una afección compleja y multifacética, la meditación en conciencia plena sugiere tener un efecto activo ante la presencia de la enfermedad, por lo que podría ejercer un tratamiento eficaz para la mejora de la calidad del sueño. Por otra parte, la práctica de la atención plena antes de ir a dormir podría tener un resultado eficaz sobre el descanso personal, al paliar los efectos previos a la excitación del sueño. Además, su realización mediante el visionado de vídeos online también sugiere tener potencial para paliar los niveles de ansiedad y depresión, por lo que sería interesante tenerlo presente en la actualidad, debido a la pandemia⁶⁰.

Los resultados del metaanálisis han permitido comprobar la eficacia de los programas de intervención basados en atención plena sobre la salud psicológica de personas con FM. Las estimaciones del efecto en la mayoría de los casos han sido positivas, en relación a las distintas intervenciones. En particular, tras la comprobación de la heterogeneidad hallada, parece que tienen un efecto total sobre los parámetros psicológicos: Salud mental y afecto positivo; ya que los estadísticos de la prueba de heterogeneidad revelan una total homogeneidad entre las intervenciones. También sugieren influir en la reducción de los niveles de ansiedad, depresión, afecto negativo, al incrementar la calidad del sueño y el

estado de conciencia plena. Respecto al riesgo de sesgo de las diferentes variables incluidas en el metaanálisis, en la mayoría de los casos fue bajo⁶⁰.

Por último, la implementación de programas basados en *mindfulness* sobre pacientes con FM puede producir cambios favorables para establecer patrones estables a lo largo del tiempo, al mejorar su bienestar. La práctica de la atención plena resulta interesante en ahorros de costos, tanto desde el punto de vista de la atención médica, como de la sociedad, entre las poblaciones de pacientes de alto riesgo⁶⁰.

Por su parte, López et al.⁶¹ en su investigación de tipo revisión sistemática, acerca de la efectividad del *Mindfulness* como técnica complementaria en pacientes con FM, también mencionan que los estudios en esta revisión se realizaron entre octubre de 2010 y noviembre de 2019. El tamaño muestral osciló entre 5 y 4986 participantes. Los participantes eran adultos mayores de 18 años, en su mayoría mujeres y con diagnóstico de FM verificado por un médico. El número total de participantes de esta revisión fue de 6615, de los cuales 464 eran grupo control y 6146 formaban parte de la intervención. Los estudios fueron desarrollados tanto en centros médicos, hospitales como en el ámbito domiciliario, universidades, asociaciones o centros de *mindfulness*.

Como resultados de esta investigación, destaca lo siguiente: entre los resultados se encuentran la disminución de la gravedad de los síntomas de la FM en pacientes que han realizado el programa MBSR y su alivio con *mindfulness*, además de beneficios de salud y bienestar según los participantes, lo que supone una mejora de la calidad de vida de las personas con FM, aunque también es cierto que la naturaleza del estudio no indica si sería el caso para todos los pacientes que realizan MBSR. Concluyen que el entrenamiento con *mindfulness* consigue reducir significativamente el dolor en pacientes con FM⁶¹.

En relación con el estrés, obtuvieron resultados significativos en cuanto a la reducción del estrés percibido en pacientes tratados con *mindfulness*. Del mismo modo, encontraron reducciones del estrés aplicando la terapia MSER. Referente al sueño, los resultados

expusieron una mejora de su calidad, reducción del insomnio y una mejora general del sueño en pacientes con FM que presentaban interferencia de dolor, depresión y ansiedad⁶¹.

En consideración con la depresión, los resultados fueron una disminución de la depresión y de la sintomatología depresiva después del tratamiento y 3 meses de seguimiento con MBCT. La terapia con *mindfulness* disminuyó la ansiedad y su puntaje en las escalas⁶¹.

Por último, los resultados socioemocionales fueron la disminución de la soledad, la eficacia para lidiar con el afecto positivo y negativo, disminución del puntaje en furia, compromiso social positivo y del estrés familiar, compromiso cívico, mejora del desapego y sentido de la responsabilidad social. Además, hay una mejora con respecto a la salud psicológica y de la angustia psicológica; también mejora el funcionamiento psicosocial, aumenta el compromiso y disminuye la evitación. Aparte, hay menos impacto de FM en mujeres y el programa MBCT es efectivo reduciendo el impacto de la enfermedad⁶¹.

Es por lo anterior que los autores concluyen lo siguiente: el *mindfulness* es un instrumento útil para aliviar síntomas propios de la FM, tanto psicológicos como físicos, lo que favorece la vida diaria de los pacientes. El “catastrofismo”, el miedo, la ansiedad y la depresión son aspectos que no se priorizan, siendo su posible solución terapias que incluyen el *mindfulness*, de ello se solventarían otros problemas derivados como es el insomnio, el estrés y problemas sociales. Además, es importante reiterar la función de los biomarcadores, pues pueden alcanzar una elevada utilidad para examinar la respuesta del *mindfulness* en posteriores estudios; y también la mejora de los cuestionarios o escalas específicos de esta terapia puede dar grandes ventajas a la hora de evaluar a los pacientes mediante variables fáciles de comprender y de medir posteriormente⁶¹.

Aunque en la mayoría de los artículos se muestran beneficios del *mindfulness*, es cierto que la mejoría se mantiene durante un periodo de tiempo limitado, ya que, al tratarse de una herramienta coadyuvante en la mayoría de los casos, si no se mantiene un entrenamiento continuo el efecto mengua considerablemente. Sería interesante para futuros estudios incrementar el tiempo de aplicación e integrar un programa de educación para que los propios

pacientes pudieran realizar la terapia de manera ambulatoria, creando un hábito indispensable para el bienestar de los individuos con FM⁶¹.

Por su parte, Van Gordon et al.⁶² en su investigación de tipo ensayo controlado aleatorio, acerca del entrenamiento de concienciación sobre la meditación para el tratamiento del síndrome de la FM, estos investigadores refieren que el objetivo de esta investigación era poder evaluar la eficacia de una intervención basada en la atención plena o conciencia plena de segunda generación (SG-MBI) para el tratamiento del síndrome de FM. En comparación con las intervenciones basadas en la atención plena de primera generación, los SG-MBI reconocen más el aspecto espiritual de la atención plena.

Como parte de su metodología, refieren que los adultos con FMS recibieron un SG-MBI de 8 semanas conocido como entrenamiento de concienciación de meditación (MAT; n = 74) o una intervención de control activo conocida como teoría del comportamiento cognitivo para grupos (n = 74). Las evaluaciones se realizaron en las fases de seguimiento previa, posterior y a los 6 meses⁶².

Es por lo anterior que estos investigadores obtuvieron los siguientes resultados de esta investigación: los participantes del entrenamiento de concienciación sobre la meditación demostraron mejoras significativas y sostenidas sobre los participantes del grupo de control en la sintomatología de la FMS, la percepción del dolor, la calidad del sueño, la angustia psicológica, el no apego (a uno mismo, los síntomas y el medio ambiente) y el compromiso cívico. Un análisis de mediación encontró que (1) el compromiso cívico medió parcialmente los efectos del tratamiento para todas las variables de resultado, (2) los efectos del tratamiento fueron parcialmente mediados por el no apego para la angustia psicológica y la calidad del sueño, y (3) los efectos del tratamiento fueron mediados casi en su totalidad por el no apego para la sintomatología de la FMS y la percepción del dolor. Se encontró que el tiempo promedio diario dedicado a la meditación era un predictor significativo de cambios en todas las variables de resultado⁶².

Es por ello que los investigadores concluyen lo siguiente: el entrenamiento de concienciación sobre la meditación puede ser un tratamiento adecuado para adultos con FMS y parece mejorar la sintomatología de la FMS y la percepción del dolor al reducir el apego a uno mismo. Además, el entrenamiento de concienciación sobre la meditación, un SG-MBI, dio lugar a reducciones significativas en la sintomatología de FMS. Los SG-MBI reconocen el aspecto espiritual de la atención plena y pueden tener un papel en el tratamiento de la FMS⁶².

De acuerdo con lo expuesto por Adler et al.⁶³ en su investigación de tipo revisión sistemática, acerca de la meditación de atención plena para la FM, exponen lo siguiente:

En relación con el alivio del dolor

Ha habido un aumento significativo de evidencia científica que respalda la eficacia clínica de la meditación de atención plena para atenuar el dolor. Aunque las intervenciones de atención plena varían en enfoques didácticos, generalmente se basan en: (a) desarrollar una atención sostenida a los eventos sensoriales, afectivos y cognitivos que surgen, (b) reconocer tales experiencias como momentáneas y fugaces, y (c) atenuar las reacciones/juicios a dichas experiencias. El entrenamiento de atención plena mejora de manera confiable la catastrofización, la ansiedad, la depresión, el estado de ánimo y el estrés. Por lo tanto, las mejoras en el estado de ánimo y la flexibilidad cognitiva podrían conducir a un mayor alivio del dolor al alterar la forma en que los pacientes interpretan/contextualizan las reflexiones relacionadas con el dolor. Sin embargo, no se sabe si la atención plena atenúa el dolor clínico al abordar las comorbilidades psicológicas que exacerban el dolor o viceversa⁶³.

En relación con la meditación *mindfulness* y FM

El programa “estándar” de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR) de 8 semanas es el enfoque de tratamiento de atención plena más estudiado para los resultados relacionados con la FM. Se ha demostrado que MBSR es igualmente eficaz en comparación

con otras intervenciones conductuales (TCC; educación para la salud) en el tratamiento de un amplio espectro de resultados relacionados con el dolor crónico. MBSR educa a las personas para responder más eficazmente al estrés, el dolor y la enfermedad mediante el uso de múltiples técnicas, incluida la práctica de la meditación (centrándose en la respiración; meditación caminando, meditación comiendo), yoga, tareas diarias y un retiro de 1 día⁶³.

En relación con la analgesia basada en la atención plena: activa mecanismos neuronales únicos

La meditación de atención plena activa múltiples mecanismos para reducir el dolor. Sin embargo, los mecanismos analgésicos que respaldan la analgesia basada en la atención plena son distintos según la experiencia y la frecuencia del entrenamiento meditativo. Se ha demostrado repetidamente que la meditación de atención plena, después de un breve entrenamiento mental (cuatro sesiones; 20 min/sesión), mejora significativamente la ansiedad y el dolor. El alivio del dolor inducido por la meditación de atención plena, después de un breve entrenamiento mental, se asocia con una mayor activación en regiones involucradas en la evaluación cognitiva y emocional del dolor, como el ACC pregenual (pgACC), la corteza orbitofrontal (OFC) y la ínsula anterior derecha. La analgesia inducida por la meditación de atención plena después de un breve entrenamiento mental también se asocia con una menor activación en las regiones de procesamiento sensorial de bajo nivel (es decir, el tálamo). Propusimos que los mecanismos de reevaluación cognitiva activados por la meditación de atención plena pueden aliviar el dolor a través de un mecanismo de activación cortico-tálamo-cortical⁶³.

Es por lo anterior que los autores concluyen lo siguiente: la meditación de atención plena atenúa el dolor al mejorar la flexibilidad cognitiva y la capacidad de regular las reacciones emocionales con un enfoque no reactivo ni crítico. MBSR puede mejorar eficazmente resultados como el estrés, la calidad de vida, el dolor y la gravedad de los síntomas en pacientes con FM en comparación con un control en lista de espera. Sin embargo, las intervenciones de atención plena que se centran específicamente en los principios de aceptación, desapego y compromiso social, además de la conciencia sin prejuicios, parecen

ser más efectivas para mejorar los resultados relacionados con la FM. Este subconjunto de intervenciones basadas en mindfulness produce mejoras en la depresión, la ansiedad, la ira, el dolor, la sintomatología relacionada con la FM, el estrés, la eficacia de afrontamiento y el afecto positivo en comparación con los regímenes de lista de espera y de control activo. biológicos asociados con el alivio del dolor basado en la meditación⁶³.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Cabe mencionar que existe un consenso en la literatura internacional acerca de que el dolor crónico es el síntoma más prevalente e incapacitante en las personas que padecen de FM. Además, esta enfermedad es mucho más prevalente en mujeres y puede presentarse a cualquier edad; sin embargo, es más prevalente en la mediana edad y suele aumentar su sintomatología a medida que se envejece. En relación con el primer objetivo específico, que era identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes provocadas por FM en pacientes femeninas en un rango etario de 25 a 55 años, se exponen las siguientes conclusiones:

- De acuerdo con la literatura investigada, los trastornos psiquiátricos, y más concretamente la depresión y la ansiedad, son patologías que se asocian con gran prevalencia en los pacientes fibromiálgicos, con mecanismos etiopatogénicos comunes. Existen autores que mencionan que pueden ser causa, comorbilidad o consecuencia de la misma. Lo que es cierto es que su aparición cronifica y empeora el curso y la evolución de la enfermedad, y se han realizado estudios en los que se han utilizado tratamientos antidepresivos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, así como terapias psicológicas en las que la mejora de la ansiedad mejora la sintomatología dolorosa.
- Además, se puede concluir a través de las diferentes investigaciones que el perfil epidemiológico de las pacientes con FM son mujeres entre los 46 y 55 años en promedio, mayoritariamente con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario, y que en más de la mitad de los casos asocian enfermedad psiquiátrica.
- La prevalencia de FM en las consultas de psiquiatría triplica los datos establecidos para la población general, asociándose con mayor frecuencia a los trastornos de ansiedad y depresivos. Además, también existen otras comorbilidades psiquiátricas tales como trastornos de la personalidad, una menor capacidad de expresar emociones, mayor riesgo de conductas suicidas, mayor tasa de apego y comportamientos evitantes que en el resto de la población.

En relación con el segundo objetivo específico de esta investigación, que consistía en explicar el abordaje médico general y psicofarmacológico de la FM en pacientes femeninas de 25 a 55 años, en relación con lo anterior, se exponen las siguientes conclusiones:

- Las complicaciones más frecuentes que se observan en los pacientes con FM son habitualmente derivadas del propio tratamiento. En el caso de los fármacos, el excesivo consumo de medicamentos, junto con los frecuentes efectos secundarios que tienen, en muchos pacientes agravan su situación. En términos generales, la calidad de vida de las pacientes con FM se encuentra entre las peores percibidas por los pacientes, siendo peor que la de otros enfermos con enfermedades crónicas.
- De acuerdo con la literatura expuesta en los resultados, los fármacos con mayor evidencia en relación con la FM son la duloxetina a una dosis de 120 mg, que se asoció con una mayor eficacia para tratar el dolor y la depresión, mientras que la amitriptilina se asoció con una mayor eficacia para mejorar el sueño, la fatiga y la calidad de vida en general.
- Existe evidencia de muy baja calidad que sugiere que la quetiapina puede considerarse para un tiempo limitado (4 a 12 semanas) para reducir el dolor, los problemas de sueño, la depresión y la ansiedad en pacientes con FM con depresión mayor.
- Los estudios no demostraron ningún beneficio de la mirtazapina sobre el placebo para el alivio del dolor en pacientes con FM. Además, la somnolencia, el aumento de peso y la alanina aminotransferasa elevada fueron más frecuentes con la mirtazapina que con el placebo. En general, cualquier beneficio potencial de la mirtazapina en la FM fue superado por sus posibles daños. Sin embargo, una pequeña minoría de personas con FM podría experimentar un alivio sustancial de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes.
- Solo hay una cantidad modesta de evidencia de muy baja calidad sobre el uso de AINES en la FM, y eso proviene de estudios pequeños, en gran medida inadecuados, con riesgo potencial de sesgo.

Por último, en relación con el tercer objetivo de esta investigación, que consistía en generar una serie de intervenciones clínicas que valoren los procesos de atención primaria en pacientes femeninas con FM de 25 a 55 años en el periodo comprendido en 2023, se exponen las siguientes conclusiones:

- De acuerdo con la literatura revisada, los tratamientos farmacológicos parecen no conseguir los resultados esperados, por lo que debería ofertarse un enfoque multidisciplinar que ofrezca respuestas a las demandas de las pacientes con FM.
- Por otra parte, la literatura menciona que el ejercicio físico debe constituir un componente fundamental en el abordaje del paciente con FM. Es considerado como la terapia no farmacológica más efectiva en el tratamiento de dicha enfermedad.
- La terapia cognitivo-conductual es considerada como la más beneficiosa en comparación con otras terapias psicológicas para las pacientes con FM y podría ser conducida por un profesional entrenado, como un psicólogo o psiquiatra, formando parte de una terapia individual o grupal. Esta terapia ha logrado mejorar el dolor, la fatiga y la funcionalidad del paciente con FM, incluso 12 meses después de un programa de intervención.
- Existe mucha evidencia de carácter científico que fundamentan los beneficios del Mindfulness en las pacientes con FM, dentro de los que más se han documentado están la mejoría del dolor, la mejoría en síntomas depresivos y ansiosos, además de mejorar la aceptación y la falta de apego. Estos beneficios se sustentan bajo múltiples procesos neuronales, psicológicos y fisiológicos.
- La meditación de atención plena o *mindfulness* puede proporcionar un enfoque de tratamiento complementario eficaz para las pacientes con FM, especialmente cuando se combina con otras técnicas confiables como el ejercicio y la terapia cognitivo-conductual.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda un abordaje multifactorial e individualizado en las pacientes con FM, de acuerdo a las comorbilidades psiquiátricas y síntomas que prevalecen, tomando en cuenta que este debe incluir profesionales de la salud que aborden desde el área física, psicoterapeutas, médicos generales, y especialistas tales como psiquiatras y reumatólogos.
- Se aconseja que los médicos de atención primaria mantengan una constante revisión de la literatura e incluyan la sospecha diagnóstica de FM en este grupo de pacientes, que, además, a los síntomas asocie comorbilidad psiquiátrica, esto con el fin de abordar de manera multidisciplinaria y mejorar la calidad de vida de estas pacientes.
- Estos resultados y la tendencia ascendente del diagnóstico de FM y la gran prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en esta población muestran la necesidad de un mayor conocimiento por parte de los psiquiatras y médicos de atención primaria de las peculiaridades de esta patología.
- No se recomienda la monoterapia en las pacientes femeninas con FM. Es necesario la inclusión de un plan que aborde de manera multifactorial esta patología, donde se incluyan ejercicios físicos, psicoterapia, y fármacos que mejoren cierta sintomatología en estas pacientes.
- Los médicos de atención primaria deben considerar cómo los tratamientos podrían adaptarse a los síntomas individuales, analizando los beneficios y la aceptabilidad al recetar medicamentos a pacientes con FM.
- No se recomienda el uso de antipsicóticos debido a los posibles efectos secundarios, como el aumento de peso con el uso de la quetiapina y la pobre evidencia científica que recomiende su uso en esta patología.
- Se recomienda la realización de más estudios de carácter científico en relación con el uso de la mirtazapina para el alivio de algunos síntomas en las pacientes con FM, debido a que muchas de estas investigaciones contaban con una muestra de pacientes reducida y presentaban muchas otras limitaciones.

- No se recomienda el abordaje con antiinflamatorios no esteroideos para el alivio de la sintomatología en pacientes femeninas con FM, debido a la falta de evidencia científica que apoye su uso en esta patología.
- Se recomienda la implementación de medidas no farmacológicas para el tratamiento de la FM, centrándose en 3 esferas de atención: física-rehabilitadora, cognitivo conductual y educación para la salud.
- Se debe educar al paciente en adquirir un estilo de vida basado en ejercicio físico de moderada intensidad y practicado al menos 2-3 veces por semana. Para aumentar su cumplimiento, puede ser necesario que al comienzo de la práctica de ejercicio se supervise su realización por parte de un profesional.
- Se recomienda la implementación de un programa de atención primaria que contemple la educación médica continua del personal de salud en cuanto a la terapia cognitivo conductual para mujeres con FM, para que finalmente pueda ofrecérsele a estas pacientes como parte de un abordaje integral en atención primaria.
- Aunque la evidencia demuestra que hay una mejora en aspectos como el dolor, sueño, depresión y ansiedad mediante mindfulness en pacientes con FM, también se ha de tener en cuenta que los resultados son a corto plazo. Es por lo anterior que se recomienda esta terapia como un estilo de vida, en conjunto con otras estrategias para mantener los efectos en el tiempo y mejorar la calidad de vida de estas pacientes.
- Se recomienda que los médicos de atención primaria investiguen acerca de la identificación de los mecanismos analgésicos específicos que apoyan el alivio del dolor basado en la atención plena, ya que podría utilizarse para diseñar mejor las intervenciones conductuales dirigidas específicamente a los resultados relacionados con la FM.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias

1. Marques M, Ribeiro L. Fibromialgia: tratamiento basado en la evidencia. Rev Psicosomática y psiquiatría [Internet]. 2020 (citado domingo 27 de agosto del 2023): 1(12): 46-54. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/391317>
2. Guzmán S, Muñoz D, Mendoza G, Orozco G, Rodríguez J, García I, et al. Fibromialgia. Rev Medigraphic [Internet]. 2018 (citado el 27 de agosto de 2023): 13 (2): 62-67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2018/rr182d.pdf>
3. Cuyul I, Contreras M, Ordoñez R, Neira P, Maragaño N, Rodríguez A. Recomendaciones clínicas para la rehabilitación de personas con FM. Una revisión narrativa. Rev Soc Esp del dolor [Internet]. 2021(citado el 27 de agosto de 2023): 28 (4): 194-2010. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v28n4/1134-8046-dolor-28-04-00194.pdf>
4. Gisell M, Mena Á, Álvarez P, Montes MJ, Castillo EP, Andrade JM. Fibromialgia avances en su tratamiento. Rev Cubana de Reumatología [Internet]. 2019 (citado el 27 de agosto de 2023): 21 (2): 1-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n2/1817-5996-rcur-21-02-e93.pdf>
5. Lena R, Friol J. Fibromiálgia y Magnetoterapia. Rev Cubana de Reumatología [Internet]. 2003 (citado 27 Agosto 2023); 4 (1): 56-70 Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/244>
6. Parra M, Latorre JM, Montañés J. Terapia cognitiva basada en *Mindfulness* y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con FM. Rev Ansiedad y estrés [Internet]. 2012 (citado el 27 de agosto de 2023): 18 (2): 141-154. Disponible en: <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2012/anyes2012a12.pdf>
7. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la FM. Estudio piloto prospectivo controlado. Rev Española de Reumatología [Internet]. 2005

- (citado el 28 de agosto de 2023): 32 (3): 99-105. Disponible en: <https://sidinico.usal.es/idos/F8/ART13017/tratamiento multidisciplinario de la FM.pdf>
8. Revuelta E, Segura E, Paulino J. Depresión, ansiedad y FM. Rev Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2010 (citado el 28 de agosto de 2023): 17 (7): 326–32. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n7/revision1.pdf>
 9. Cerón AM, Centelles F, Abellana M, Garcia Capel S. Fibromialgia y trastornos de personalidad. Semergen [Internet]. 2010 (citado el 28 de agosto de 2023): 36 (9): 501–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359310001917>
 10. Escudero MJ, García N, Prieto MÁ, Pérez O, March JC, López M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. Reumatol Clin [Internet]. 2010 (citado 28 de agosto de 2023): 6 (1): 16–22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X09001570>
 11. Mur T, Llordés M, Custal M, López G, Martínez S. Perfil de pacientes con FM que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa. Reumatol Clin [Internet]. 2017 (citado el 28 de agosto 2023): 13 (5): 252–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X16300523>
 12. Nestares KL, Olivera A, Huamanchumo R, Arévalo JM. Frecuencia de alexitimia y factores relacionados en pacientes con FM tratados en un hospital público de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2021 (citado el 28 de agosto de 2023): 84 (2): 103–12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000200103

13. Yary S, Tovar C, Conquista N, González A, Martínez R, González A. Manganese y zinc en pacientes con FM y relación con trastornos psiquiátricos. Hospital Dr. Julio Criollo Rivas. Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica [Internet] 2019 (citado el 28 de agosto de 2023): 38 (2) 26-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964524005/55964524005.pdf>
14. Montoya A, Sánchez CA, Krikorian A, Campuzano C, López M. Sufrimiento en pacientes con FM y su relación con el impacto en la calidad de vida, la soledad, el estado emocional y el estrés vital. Rev Colomb Reumatol [Internet] 2023 (citado el 28 de agosto de 2023): 20 (52) 1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812323000324>
15. López MM, Fernández M, Matarán GA, Rodríguez ME, Granados G, Aguilar E. Efectividad de la biodanza acuática sobre la calidad del sueño, la ansiedad y otros síntomas en pacientes con FM. Med Clin (Barc) [Internet] 2013 (citado el 28 de agosto de 2023): 141(11): 471–478. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775312008585>
16. Martínez AM, GancedoA, Chudáčik M, Babío J, Suárez P. Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con FM. Rev Colomb Reumatol [Internet] 2016 (citado el 28 de agosto de 2023): 23 (1): 3–10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812315001139>
17. Arcos IM, Castro AM, Matarán GA, Gutiérrez AB, Ramos E, Moreno C. Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con FM: ensayo clínico

- aleatorizado. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 (citado el 28 de agosto de 2023): 137 (9): 398–401. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310010444>
18. Tuta E, Mora C, Pimentel J. Fibromialgia en la nueva era de la infección por SARS-CoV-2 y el síndrome post-COVID-19: una revisión exploratoria. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2022 (citado el 28 de agosto de 2023): 29 (1): s8-s16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812322000366>
 19. Villalobos A, Araya C, Rivera D, Parra M. Efectividad de la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión en mujeres diagnosticadas con FM: un estudio piloto en la zona norte de Costa Rica. UNAM. [Internet]. 2005 (citado el 28 de agosto de 2023): 1 (53): 53-65. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/HumanitasRevistadeinvestigacion/2005/vol1/no1/3.pdf>
 20. Quirós Ramírez M. Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con FM. *Rev Costarricense de Psicología* [Internet]. 2013 (citado el 28 de agosto de 2023): 32 (1): 1-24. Disponible en: <http://rcps-cr.org/wp-content/themes/rcps/descargas/2013/1/1-RCP-Vol.32-No1.pdf>
 21. Martínez Jc, Rodríguez J, Martínez Mc, Briceño I, Mo-ra C, et al. Investigación médico-antropológica documental: prescripciones enfocadas al manejo del dolor. *Rev Arg de Reumtol* [Internet]. 2020 (citado el 30 de agosto de 2023): 31 (4): 44-49. Disponible en: <http://www.scielo.org/ar/pdf/reuma/v31n4/v31n4a10.pdf>
 22. del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farm Prof* [Internet]. 2015 (citado el 30 de agosto de 2023): 29(1): 36–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>

23. Hall E J. Guyton y Hall Tratado de Fisiología Médica. 13ª ed. España: Elsevier; 2016.
24. Ramírez V, Alfaro J, Torres A, Martínez C, Bustamante A, Soto M. Fibromialgia en Chile: revisión de la literatura y propuesta para una futura política pública en atención primaria de salud. ARS Medica [Internet]. 2022 (citado el 30 de agosto de 2023): 47(4): 69–80. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1863>
25. Cabo A, Cerdá G, Trillo JL. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. Med Clin (Barc) [Internet]. 2017 (citado el 30 de agosto de 2023): 149(10): 441–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-FM-prevalencia-perfiles-epidemiologicos-costes-S0025775317304773>
26. Solano Pochet M. Fibromialgia: Revisión Sistémica. Revistacienciaysalud.ac.cr [Internet]. 2020 (citado el 30 de agosto de 2023): 4(6): 55-62. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/192/331>
27. Arredondo AE, Pérez I, Santana O. La FM con una visión desde la atención primaria. Rev médica electrón [Internet]. 2018 (citado el 30 de agosto de 2023): 40(5): 1507–1535. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000501507
28. Elenguer R, Siso A, Ramos M, Prieto RB. Clasificación de la FM: ¿existen distintos tipos de pacientes?. Rev Facultad de ciencias médicas [Internet]. 2009 (citado el 31 de agosto

de 2023): 2006 (4): 146-158. Disponible en: http://www.revista2.fcm.unc.edu.ar/Rev.2009.4/Clasificacion_de_FM..pdf

29. Clauw Daniel J. Fibromialgia y condiciones relacionadas. Mayo clin Proc [Internet]. 2015 (citado el 31 de agosto de 2023): 90 (5): 680-692. Disponible en: <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2815%2900243-8>

30. Prados G, Miró E. Fibromialgia y sueño: una revisión. Rev Neurol [Internet]. 2012 (citado 01 de septiembre del 2023): 54 (4): 227-40. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2011556/esp>

31. Leza JC. Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. Rev Neurol [Internet]. 2003 (citado 01 de septiembre del 2023): 36 (12): 1165-1175. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2003154/esp>

32. Gelonch O, Garolera M, Rosselló L, Pifarré J. Disfunción cognitiva en la FM. Rev Neurol [Internet]. 2013 (citado 01 de septiembre del 2023): 56 (11): 573-588. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2013016/esp>

33. Gómez JM, Maestú C, Gómez E,. Neuroimagen en FM. Rev Neurol [Internet]. 2018 (citado 01 de septiembre del 2023): 67 (10): 394-402. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2018050/esp>

34. Sadock BH, Alcott V, Ruiz P. Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 11^a ed. España: Lippincott Williams and Wilkins Wolters Kluwer Health; 2015.

35. Torres X. Personalidad y FM. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 (citado 17 de septiembre del 2023): 25 (1): 64-73. Disponible en: https://www.resed.es/Documentos/ArticulosNew/08_REV_Torres.pdf
36. García Rodríguez M. Abordaje integral de FM en atención primaria; revisión bibliográfica [Tesis de posgrado en medicina familiar y comunitaria]. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2019.
37. Velazco M. Dolor musculoesquelético: FM y dolor miofascial. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2019 (citado el 21 de septiembre de 2023): 30 (6): 414-427. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300860>
38. Pérez MA, Botella L. Conciencia plena (*Mindfulness*) y Psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. Rev Psicoterapia [Internet]. 2006 (citado el 28 de septiembre de 2023): 17 (66): 77/120. Doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
39. Vásquez Dextre E. *Mindfulness*: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2016 (citado el 29 de septiembre de 2023): 79 (1): 42-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
40. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
41. Pérez AC, Osorno J, Gallego Y. Fibromialgia y depresión una revisión documental de su influencia en el aumento del dolor. Revista Innovación Digital Y Desarrollo [Internet].

- 2021 (citado el 29 de septiembre de 2023): 1 (2): 123- 132. Disponible en: <https://revistas.iudigital.edu.co/index.php/ids/article/view/36/34>
42. Wan B, Gebauer S, Salas J, Jacobs CK, Breeden M, Scherrer JF. Gender-stratified prevalence of psychiatric and pain diagnoses in a primary care patient sample with fibromyalgia. *Pain Med* [Internet]. 2019 (citado el 30 de octubre de 2023): 20(11): 2129–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31009534/>
43. Regal Ramos RJ. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por FM en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Semergen* [Internet]. 2017 (citado el 30 de octubre de 2023): 43(1):28–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359315004426>
44. Puşuroğlu M, Mehmet T, Cicek H, Murat Y. Expressing emotions, rejection sensitivity, and attachment in patients with fibromyalgia. *Turk J Phys Med Rehabil* [Internet]. 2023 (citado el 30 de octubre de 2023): 69(2): 303–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37674789/>
45. Henao M, Lopez D, Arboleda A, Bedoya S, Zea J. Comorbilidad neuropsiquiátrica en pacientes con FM. *Rev.Colomb.Reumatol* [Internet]. 2021 (citado el 30 de octubre de 2023): 27 (2): 88-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v27n2/0121-8123-rcr-27-02-88.pdf>
46. Bonete JM, Rico JM, Jiménez J, Martínez A, Garcia P, Bautista R. Fibromialgia y salud mental. Análisis de prevalencia y comorbilidades. *Med Psicosom* [Internet]. 2016 (citado el 30 de octubre de 2023): 38 (119) : 26-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5783678>

47. Gruezo P, Cusme N, León H, Benavides A, Yanzaguano V. Fibromialgia: Manifestaciones neuropsiquiátricas y abordaje terapéutico en la atención primaria . Rev, Reumatología al día [Internet]. 2022 (citado el 30 de octubre de 2023): 16 (23): 29-37. Disponible en: <https://reumatologiaaldia.com/index.php/rad/article/download/5261/4253>

48. Lenin C, Sarango M, Carrera AG, Carrillo S. Manejo clínico y terapéutica de la FM. Revista científica ciencias de la Salud [Internet]. 2021 (citado el 30 de octubre de 2023): 7 (4): 806- 824. Disponible en : <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>

49. Farag HM, Yunusa I, Goswami H, Sultan I, Doucette JA, Eguale T. Comparison of amitriptyline and US food and drug administration–approved treatments for fibromyalgia: A systematic review and network meta-analysis. JAMA Netw Open [Internet]. 2022 [citado el 31 de octubre de 2023];5(5): e221 -2939. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35587348/>

50. Lee YH, Song GG. Comparative efficacy and tolerability of duloxetine, pregabalin, and milnacipran for the treatment of fibromyalgia: a Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatol Int [Internet]. 2016 [citado el 31 de octubre de 2023];36(5):663–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27000046/>

51. Welsch P, Üçeyler N, Klose P, Walitt B, Häuser W. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. Cochrane Libr [Internet]. 2018 [citado el 31 de octubre de 2023];2020(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489029/>

52. Walitt B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T, Häuser W. Antipsychotics for fibromyalgia in adults. Cochrane Libr [Internet]. 2016 [citado el 31 de octubre de 2023];2016(9). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27251337/>

53. Welsch P, Bernardy K, Derry S, Moore RA, Häuser W. Mirtazapine for fibromyalgia in adults. Cochrane Libr [Internet]. 2018 (citado el 31 de octubre de 2023): 8 (8): 1-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30080242/>

54. Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, Mücke M, Tölle TR, Bell RF, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. Cochrane Libr [Internet]. 2017 (citado el 31 de octubre de 2023): 2020 (2): 1-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28349517/>

55. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Libr [Internet]. 2016 (citado el 31 de octubre de 2023): 2019 (5): 1-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27684492/>

56. Fernández S, Argüelles L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. Revista SEAPA [Internet]. 2015 (citado 31 octubre del 2023): 3(1): 25-42. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwib0Iyp8diEAxVIVTABHQhvBaEQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5048891.pdf&usg=AOvVaw0dggzCpTFC2FuiYJ9wnJYE&opi=89978449>

57. Hidalgo BDH, Ortiz VP, de la Caridad Olivera Cardoso M, Arística LL, Castellanos LB, Navarrete MAL. Terapia cognitivo-conductual en la FM. QhaliKay Revista de Ciencias [Internet]. 2020 [citado el 5 de marzo de 2024]: 4 (1): 19-25. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/619190300/13-Terapia-cognitivo-conductual-en-la-FM>

58. Serrat M, Sanabria-Mazo JP, Almirall M, Musté M, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al. Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive behavioral therapy, and *mindfulness* in patients with fibromyalgia (FIBROWALK study): A randomized controlled trial. Phys Ther [Internet]. 2021 (citado el 30 de octubre de 2023): 101(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34499174/>

59. Haugmark T, Hagen KB, Smedslund G, Zangi HA. *Mindfulness-* and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – A systematic review and meta-analyses. PLoS One [Internet]. 2019 [citado el 31 de octubre de 2023];14(9):e0221897. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31479478/>

60. Sánchez JGS, Vázquez DJ. Metanálisis sobre los beneficios de las intervenciones en atención plena en personas con FM. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2023 (citado el 31 de octubre de 2023): 52(3): 02302832. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2832/1999>

61. López PL, Córdoba TA, del Mar López Rodríguez M. Efectividad del *mindfulness* como técnica complementaria en pacientes con FM: una revisión sistemática. *Therapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud* [Internet]. 2021 (citado el 31 de octubre de 2023): 79(1): 79–111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7949254>

62. Van Gordon W, Shonin E, Dunn TJ, Garcia J, Griffiths MD. Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. Br J Health Psychol [Internet]. 2017 (citado el 31 de octubre de 2023): 22(1):186–206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885763/>

63. Adler AL, Zeidan F. *Mindfulness* meditation for fibromyalgia: Mechanistic and clinical considerations. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2017 (citado el 31 de octubre de 2023): 19(9): 1-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28752493/>

CAPÍTULO VII. ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia

Autor¹/Revista² Año³/	Re⁴	Título del artículo	Tipo de Estudio	Nivel de evidencia⁵	Población	Metodología	Resultados y conclusiones
Pérez AC, Osorno J, Gallego Y./ Innovación Digital Y Desarrollo /2021	41	Fibromialgia y depresión una revisión documental de su influencia en el aumento del dolor.	Revisión bibliográfica	5	N/A	Basada en la reseña general de elementos que han marcado en la globalización. Además que el material bibliográfico recopilado se emplearon un total de 90 textos productos de una exhaustiva búsqueda en bases de datos académicos tales como: JCR (Journal	Resultados: La FM en la última década ha sido catalogada como un problema de salud pública, el cual afecta negativamente el bienestar de esta población e igualmente genera un impacto significativo en la calidad de vida. Además, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más estudiados, por lo que aporta en la afectación de la calidad de vida e interfiere en la consolidación de un afrontamiento adecuado de los síntomas que caracterizan a la FM. Por lo tanto, influye significativamente en el aumento del dolor en personas que han sido diagnosticadas con FM. Conclusiones:

						Citaton Reports), ISOC, Iresie, Google Académico, Redalyc, Scielo, DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas), EBSCO y Scopus.	Los investigadores concluyen que conviene subrayar que en cada persona existen unas particularidades, además es muy frecuente que la FM se acompañe de diferentes comorbilidades entre las más comunes se destaca la depresión y la ansiedad. No obstante, una mayor sensación de dolor no se debe a la presencia de otras patologías, también influyen las diferentes estrategias de afrontamiento con las que la persona cuenta o adopte
Wan B, Gebauer S, Salas J, Jacobs CK, Breeden M, Scherrer JF./ Pain Med/ 2019	42	Gender-stratified prevalence of psychiatric and pain diagnoses in a primary	Cohorte retrospectivo	2	38 976 pacientes, ≥ 18 años de edad con un encuentro de atención	Se utilizaron códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades-	Resultados: En general, el 4,6 % de la muestra tenía un diagnóstico de FM, de los cuales el 76,1 % eran mujeres. Las condiciones comórbidas fueron más

		care patient sample with fibromyalgia.			primaria entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2016.	9 para definir la FM, los diagnósticos psiquiátricos y las afecciones asociadas con el dolor crónico. Las asociaciones no ajustadas entre la demografía de los pacientes, las condiciones comórbidas y la FM se calcularon utilizando la regresión logística binaria para toda la cohorte y por separado por género.	frecuentes entre los pacientes con vs sin FM. La depresión y la artritis estaban más estrechamente relacionadas con la FM entre las mujeres (cociente de probabilidades [OR] = 2,80, intervalo de confianza del 95 % [CI] = 2,50-3,13; y OR = 5,19, IC del 95 % = 4,62-5,84) en comparación con los hombres (OR = 2,16, IC del 95 % = 1,71-2,71; y (OR = 3,91, IC del 95 % = 3,22-4,75). La relación entre la FM y otros diagnósticos no difirió significativamente según el género. Conclusiones: A excepción de la depresión y la artritis, la carga de las condiciones comórbidas en los pacientes con FM es similar en las mujeres y los hombres tratados en atención primaria. Las comorbilidades de la FM en la atención primaria son similares a las que se encuentran en la atención especializada.
--	--	--	--	--	--	--	---

Regal Ramos RJ./ Semergen/ 2017	43	Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por FM en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. Semergen	estudio de cohorte descriptivo	3	El total de pacientes estudiados fue de 5.501.	Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid entre los años 2005 a 2014, en cuyo informe de valoración figurase el diagnóstico de FM.	Resultados: El total de pacientes estudiados fue de 5.501. La mediana de edad fue de 53 años. Respecto a la población general activa de nuestro entorno, observamos un 47 % más de mujeres, un 12 % menos de casados, un 25 % menos de trabajadores con estudios superiores y un 23 % más de empleos no cualificados. Respecto a la población en edad laboral de nuestro entorno, obtenemos una prevalencia marcadamente aumentada de cervicalgia (razón de prevalencia: 2,0), hipotiroidismo (razón de prevalencia: 2,4) y de síndrome del túnel carpiano (razón de prevalencia: 3,0). El 58 % de la muestra presenta enfermedad psiquiátrica. Conclusiones: Podemos concluir que el perfil del paciente con FM valorado en la UMEVI es una mujer, de entre 46-60
------------------------------------	----	--	--------------------------------	---	--	---	--

							años, mayoritariamente con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario, que en más de la mitad de los casos asocia enfermedad psiquiátrica y que con frecuencia asocia los diagnósticos de cervialgia, síndrome del túnel carpiano e hipotiroidismo.
Puşuroğlu M, Mehmet T, Cicek H, Murat Y./ Med Rehabil/2023	44	Expressing emotions, rejection sensitivity, and attachment in patients with fibromyalgia.	Estudio observacional	3	117 participantes	Sesenta y un pacientes y 56 sujetos de control sanos completaron un formulario que incluía datos sociodemográficos, como la edad, el sexo, la ocupación y el estado	Resultados: En nuestro estudio, las puntuaciones de la Escala de Emociones Expresadas son significativamente más altas en el grupo de control sano que en el grupo de pacientes ($p<0,05$). Las puntuaciones de la Escala de Sensibilidad al Rechazo son significativamente más altas en el grupo de pacientes que en el grupo de control sano ($p<0,05$). En la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas,

						educativo. Además, los participantes respondieron a la Escala de Expresión de Emociones, la Escala de Sensibilidad de Rechazo y la Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas.	se determinó una diferencia significativa entre los pacientes y los grupos de control en la subdimensión de apego evitante ($p<0,05$). Del mismo modo, se observó una diferencia significativa entre ambos grupos en términos de la subdimensión de apego a la ansiedad ($p<0,05$). Conclusión: La capacidad de expresar emociones es menor y las tasas de apego evitante y ansioso son más altas en los pacientes con FM.
Henao M, Lopez D, Arboleda A, Bedoya S, Zea J./ Rev.Colomb.Reumatol/ 2021	45	Comorbilidad neuropsiquiátrica en pacientes con FM.	Estudio Transversal	4	1.106 registros médicos con diagnóstico confirmado de FM.	Estudio transversal, descriptivo. Se recolectó información de las historias clínicas de pacientes con	Resultados: 1.106 registros médicos con diagnóstico confirmado de FM, 497 presentaban comorbilidad neuropsiquiátrica. La mediana de edad fue de 54 años (RIC 15), la mayoría eran mujeres, residían en

						FM y comorbilidad neuropsiquiátrica, de una institución especializada en Antioquia, durante los años 2010 al 2016. zona urbana y estaban casados o convivían con su pareja. Estatus socioeconómico bajo-medio y nivel educativo básico-medio, fueron los más reportados. Los síntomas más frecuentes fueron alteraciones del sueño (70,6 %), mialgias (66,4 %) y fatiga crónica (55,9 %). Los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes fueron depresión (85,7 %), migraña (35 %) y ansiedad (14,7 %). Los fármacos más utilizados fueron los inhibidores de la recaptación de serotonina y duales, acetaminofén y gabaérgicos. Manejo con terapias complementarias e intervención psicológica se observaron en baja proporción. Conclusiones: La FM y las enfermedades neuropsiquiátricas son patologías que coexisten con frecuencia; la presentación sociodemográfica y clínica es similar a lo descrito en la
--	--	--	--	--	--	--

							literatura, sin embargo, la presencia de depresión en esta población fue mayor. Un enfoque terapéutico transdisciplinario, favorecería la calidad de vida de los pacientes y el curso de la enfermedad.
Bonete JM, Rico JM, Jiménez J, Martínez A,/ Med Psicosom/ 2016	46	Fibromialgia y salud mental. Análisis de prevalencia y comorbilidades.	Estudio transversal	4	462 pacientes atendidos en la unidad de salud mental.	Estudio transversal observacional, en el que se revisaron los historiales clínicos de 462 pacientes atendidos en la unidad de salud mental durante un periodo de tres meses.	Resultados: La prevalencia de FM entre los pacientes atendidos en nuestra unidad fue del 11,25 %. El diagnóstico de FM se relaciona significativamente con el diagnóstico de ansiedad (=8,11; $p<0,004$), con el de depresión (=10,85; $p<0,001$) y con el de insomnio (=11,98; $p<0,001$), así como con la ausencia de trastorno psicótico (=12,83; $p<0,001$); por otra parte, no se observa relación entre la FM y la presencia de trastorno bipolar (=1,06; $p<0,30$).

							Conclusiones: La prevalencia de FM en las consultas de psiquiatría triplica los datos establecidos para la población general, asociándose con mayor frecuencia a los trastornos de ansiedad y depresivos. Estos resultados y la tendencia ascendente del diagnóstico, muestran la necesidad de un mayor conocimiento por parte de los psiquiatras de las peculiaridades de éste trastorno.
Gruezo P, Cusme N, León H, Benavides A, Yanzaguano V. / Reumatología al día/ 2022	47	Manifestaciones neuropsiquiátricas y abordaje terapéutico en la atención primaria .	Revisión bibliográfica	5	N/A	N/A	Resultados y Conclusiones: Los pacientes con FM muestran una alta tasa de ansiedad (20 %-80 %) y trastornos depresivos (13 %-63,8 %), así mismo, pueden presentar un trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar.

							Adicionalmente, se puede observar sintomatología cognitiva como la bradipsiquia en donde el pensamiento se ve enlentecido y su contenido es muy pesimista e incluso se desarrollan síntomas pseudo-demenciales que remiten cuando se optimiza el estado de ánimo Por último, la FM está relacionado con un mayor afecto negativo, que implica un estado general de angustia compuesto por emociones aversivas como tristeza, miedo y culpa; además, tienden a experimentar altos niveles de estrés, ira y catastrofismo del dolor, es decir, exagerar la percepción y consecuencias del mismo
Lenin C, Sarango M, Carrera AG, Carrillo	48	Manejo clínico y terapéutica de	Revisión bibliográfica	5	N/A	N/A	Resultados y conclusiones:

S./ rev científica ciencias de la Salud/ 2021		la FM. Revista científica ciencias de la Salud					La Fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor generalizado, fatiga y disturbios del sueño. Está presente en el 5 % de la población general adulta (principalmente mujeres). Con excepción de los puntos dolorosos, la clínica, rutina de laboratorio y estudios de imagen son normales. Recientes resultados en el estudio de la neurofisiología y neuroendocrinología del dolor demuestran que la Fibromialgia no es simplemente un desorden psicológico.
Farag HM, Yunusa I, Goswami H, Sultan I, Doucette JA, Egualé T./ JAMA Netw Open/2022	49	Comparison of amitriptyline and US food and drug administration-approved treatments for fibromyalgia: A systematic review and	Metanálisis	1	11 930 pacientes	Este estudio sigue la guía de presentación de informes de elementos preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis. Cuatro revisores independientes extrajeron datos utilizando una	Resultados: Se incluyeron un total de 36 estudios (11 930 pacientes). La edad media (DE) de los pacientes fue de 48,4 (10,4) años, y 11 261 pacientes (94,4 %) eran mujeres. En comparación con el placebo, la amitriptilina se asoció con una reducción de los trastornos del sueño (SMD, -0,97; 95 % CrI, -1,10 a -0,83), fatiga (SMD, -0,64; 95 % CrI, -0,75 a -0,53), y una mejor calidad de vida (SMD, -0,80; 95 % CrI, -0,94 a -0,60). La duloxetina 120 mg se asoció

		network meta-analysis. J				hoja de extracción de datos estandarizada y evaluaron la calidad de los ECA. Se llevó a cabo un metaanálisis de la red bayesiana de efectos aleatorios (NMA). Los datos se analizaron desde agosto de 2020 hasta enero de 2021.	con la mayor mejora en el dolor (SMD, -0.33; 95 % CrI, -0,0,36 a -0.30) y la depresión (SMD, -0,25; 95 % CrI, -0,32 a -0.17) frente a placebo. Todos los tratamientos se asociaron con una aceptabilidad inferior (mayor tasa de abandono) que el placebo, excepto la amitriptilina (OR, 0,78; 95 % CrI, 0,31 a 1,66). De acuerdo con la clasificación relativa de tratamientos basada en SUCRA, la duloxetina 120 mg se asoció con una mayor eficacia para tratar el dolor y la depresión, mientras que la amitriptilina se asoció con una mayor eficacia para mejorar el sueño, la fatiga y la calidad de vida en general. Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que los médicos deben considerar cómo los tratamientos podrían adaptarse a los síntomas individuales, sopesando los beneficios y la aceptabilidad, al recetar medicamentos a pacientes con FM.
--	--	--------------------------	--	--	--	--	--

Lee YH, Song GG./ Rheumatol Int/2016	50	Comparative efficacy and tolerability of duloxetine, pregabalin, and milnacipran for the treatment of fibromyalgia: a Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials.	Metanálisis	1	5140 pacientes	En este metaanálisis de la red bayesiana se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) que examinan la eficacia y la seguridad de la duloxetina 60 mg, la pregabalina 300 mg, la pregabalina 150 mg, el milnacipran 200 mg y el milnacipran 100 mg en comparación con el placebo en pacientes con FM. Nueve ECA, incluidos	Resultados: La proporción de pacientes con >30 % de mejoría desde el valor basal en el dolor fue significativamente mayor en los grupos de duloxetina 60 mg, pregabalina 300 mg, milnacipran 100 mg y milnacipran 200 mg que en el grupo placebo [cociente de probabilidades por pares (OR) 2,33, intervalo creíble del 95 % (CrI) 1,50-3,67; OR 1,68, 95 % CrI 1,25-2,28; OR 1,62, 95 % CrI 1,16-2,25; y OR 1,61; 95 % CrI 1,15-2,24, respectivamente]. La probabilidad de clasificación basada en la superficie bajo la curva de clasificación acumulativa (SUCRA) indicó que la duloxetina 60 mg tenía la mayor probabilidad de ser el mejor tratamiento para lograr el nivel de respuesta (SUCRA = 0,9431), seguida de pregabalina 300 mg (SUCRA = 0,6300), milnacipran 100 mg (SUCRA = 0,5680), milnacipran 200 mg (SUCRA = 0,5617), pregabalina 150
--------------------------------------	----	---	-------------	---	----------------	---	--

						5140 pacientes, cumplieron con los criterios de inclusión.	mg (SUCRA = 0,2392) y placebo (SUCRA = 0,0580). Conclusiones: El riesgo de abstinencia debido a eventos adversos fue menor en el grupo de placebo que en los grupos de pregabalina 300 mg, duloxetine 60 mg, milnacipran 100 mg y milnacipran 200 mg. Sin embargo, no hubo una diferencia significativa en la eficacia y la tolerabilidad entre los medicamentos a las dosis recomendadas. La duloxetine 60 mg, la pregabalina 300 mg, el milnacipran 100 mg y el milnacipran 200 mg fueron más eficaces que el placebo. Sin embargo, no hubo una diferencia significativa en la eficacia y la tolerabilidad entre los medicamentos a las dosis recomendadas.
Welsch P, Üçeyler N, Klose P, Walitt B, Häuser W./ Cochrane Libr/2018	51	Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia.	Revisión sistemática	1	7903 participantes.	Para esta actualización buscamos en CENTRAL, MEDLINE, Embase, los	Resultados: Siete estudios investigaron la duloxetine y nueve estudios investigaron el milnacipran frente al placebo. Un estudio comparó la

						Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los ensayos publicados y en curso y examinamos las listas de referencia de los artículos revisados, hasta el 8 de agosto de 2017.	desvenlafaxina con placebo y pregabalina. Un estudio comparó la duloxetine con la L-carnitina. La mayoría de los estudios tenían un riesgo poco claro o alto de sesgo en tres a cinco dominios. La calidad de la evidencia de todas las comparaciones de desvenlafaxina, duloxetine y milnacipran frente al placebo en estudios con un diseño paralelo fue baja debido a las preocupaciones sobre el sesgo de publicación y la indirectividad, y muy baja para los eventos adversos graves debido a las preocupaciones sobre el sesgo de publicación, la imprecisión y la indirectividad. La calidad de la evidencia de todas las comparaciones de duloxetine y desvenlafaxina con otros medicamentos activos fue muy baja debido a las preocupaciones sobre el sesgo de publicación, la imprecisión y la indiferencia. La duloxetine y el milnacipran no tuvieron un beneficio clínicamente relevante sobre el placebo para el alivio del dolor del 50 % o
--	--	--	--	--	--	---	--

						superior: 1274 de 4104 (31 %) con duloxetina y milnacipran informaron alivio del dolor del 50 % o más en comparación con 591 de 2814 (21 %) participantes en placebo (diferencia de riesgo (RD) 0,09, intervalo de confianza del 95 % (IC) 0,07 a 0,11; NNTB 11, IC del 95 % IC 9 a 14). Conclusiones: La actualización no cambió los principales hallazgos de la revisión anterior. Sobre la base de la evidencia de baja a muy baja calidad, los SNRI duloxetina y milnacipran no proporcionaron ningún beneficio clínicamente relevante sobre el placebo en la frecuencia de alivio del dolor del 50 % o más, pero para que la impresión global del paciente mejorara mucho o mucho y en la frecuencia de alivio del dolor del 30 % o más, hubo un beneficio clínicamente relevante. Los SNRIs duloxetina y milnacipran no proporcionaron ningún beneficio clínicamente relevante sobre el placebo
--	--	--	--	--	--	--

							para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y para reducir la fatiga. La duloxetina y el milnacipran no difirieron significativamente del placebo en la reducción de los problemas de sueño. Las tasas de abandono debido a eventos adversos fueron más altas para la duloxetina y el milnacipran que para el placebo. En promedio, los beneficios potenciales de la duloxetina y el milnacipran en la FM fueron superados por sus posibles daños.
Walitt B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T, Häuser W./ Cochrane Libr/2016	52	Antipsychotics for fibromyalgia in adults.	Revisión sistemática	1	296 participant es	Buscaron en CENTRAL (2016, Número 4), MEDLINE y EMBASE hasta el 20 de mayo de 2016, junto con listas de referencia de documentos y	Resultados: Tres estudios con 206 participantes compararon la quetiapina, un antipsicótico atípico (de segunda generación), con placebo. Un estudio utilizó un diseño cruzado y dos estudios un diseño de grupo paralelo. La duración del estudio fue de ocho o 12 semanas. La quetiapina se usó en todos

						revisiones recuperados y dos registros de ensayos clínicos. También nos pusimos en contacto con los autores del ensayo.	los estudios con una dosis a la hora de acostarse entre 50 y 300 mg/día. Todos los estudios tenían una o más fuentes de posible sesgo importante y los juzgamos que tenían un riesgo moderado de sesgo en general. Los resultados principales de esta revisión fueron el alivio del dolor informado por los participantes del 50 % o más, la impresión global de cambio del paciente (PGIC) mejoró mucho o mucho, la abstinencia debido a eventos adversos (toleabilidad) y eventos adversos graves (seguridad). La evidencia del segundo nivel indicó que la quetiapina no fue estadísticamente superior al placebo en el número de participantes con una reducción del dolor del 50 % o más (evidencia de muy baja calidad). Ningún estudio informó de datos sobre PGIC. Una mayor proporción de participantes en quetiapina informó de una reducción del dolor del 30 % o más (diferencia de riesgo (RD) 0,12, intervalo de confianza del 95 % (IC) de 0,00 a 0,23; número necesario para tratar para obtener un
--	--	--	--	--	--	--	--

							beneficio adicional (NNTB) 8, IC del 95 % de 5 a 100) (evidencia de muy baja calidad) Conclusiones: La evidencia de muy baja calidad sugiere que la quetiapina puede considerarse para un ensayo de tiempo limitado (4 a 12 semanas) para reducir el dolor, los problemas de sueño, la depresión y la ansiedad en pacientes con FM con depresión mayor. Los posibles efectos secundarios, como el aumento de peso, deben equilibrarse con los posibles beneficios en la toma de decisiones compartida con el paciente.
Welsch P, Bernardy K, Derry S, Moore RA, Häuser W/ Cochrane Libr/ 2018	53	Mirtazapine for fibromyalgia in adults.	Revision sistemática	1		Buscaron en el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE, Embase, SCOPUS, los Institutos	Resultados: Tres estudios con 606 participantes compararon la mirtazapina con el placebo (pero no con otros medicamentos) durante siete a 13 semanas. Dos estudios tenían un riesgo poco claro o alto de sesgo en seis o siete de los ocho dominios. Juzgamos que la evidencia de todos los resultados eran

						Nacionales de Salud de los Estados Unidos y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en busca de ensayos publicados y en curso, y examinamos listas de referencia de artículos revisados, hasta el 9 de julio de 2018.	de baja o muy baja calidad debido a la mala calidad del estudio, la indiferencia, la imprecisión de sesgo de publicación y, a veces, a veces, el bajo número de eventos. No hubo diferencia entre la mirtazapina y el placebo para ningún resultado primario: alivio del dolor informado por el participante del 50 % o más (22 % frente al 16 %; RD 0,05, intervalo de confianza del 95 % (IC) - 0.01 a 0,12; tres estudios con 591 participantes; evidencia de baja calidad); no hay datos disponibles para PGIC; solo un solo evento adverso grave para la evaluación de la seguridad (RD -0.00, IC del 95 % -0.01 a 0,02; tres estudios con 606 participantes; evidencia de muy baja calidad); y tolerabilidad como frecuencia de abandonos debido a eventos adversos (3 % frente a 2 %; RD 0,00, IC del 95 % - 0.02 a 0,03; tres estudios con 606 participantes; evidencia de baja calidad). Mirtazapina mostró un beneficio clínicamente relevante en comparación con el placebo para
--	--	--	--	--	--	---	--

							algunos resultados secundarios: alivio del dolor reportado por el participante del 30 % o más (47 % frente al 34 %; RD 0,13, IC del 95 % de 0,05 a 0,21; número necesario para tratar para obtener un resultado beneficioso adicional (NNTB) 8, IC del 95 % de 5 a 20; tres estudios con 591 participantes; evidencia de baja calidad); intensidad media del dolor reportada por el participante (SMD -0,29, IC del 95 % - 0.46 a -0,13; tres estudios con 591 participantes; evidencia de baja calidad); y problemas de sueño notificados por los participantes (SMD - 0,23, IC del 95 % -0,06; tres estudios con 573 participantes; evidencia de baja calidad). Conclusiones: Los estudios no demostraron ningún beneficio de la mirtazapina sobre el placebo para el alivio del dolor del 50 % o más, PGIC, mejora de la CVRS del 20 % o más, o reducción de la fatiga o el estado de ánimo negativo. Se mostraron
--	--	--	--	--	--	--	--

							beneficios clínicamente relevantes para el alivio del dolor del 30 % o más, la reducción de la intensidad media del dolor y los problemas de sueño. La somnolencia, el aumento de peso y la alanina aminotransferasa elevada fueron más frecuentes con la mirtazapina que con el placebo. La calidad de la evidencia fue baja o muy baja, con dos de los tres estudios de calidad cuestionable y problemas sobre la inditividad y el riesgo de sesgo de publicación. En general, cualquier beneficio potencial de la mirtazapina en la FM fue superado por sus posibles daños, sin embargo, una pequeña minoría de personas con FM podría experimentar un alivio sustancial de los síntomas sin eventos adversos clínicamente relevantes.
Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, Mücke M, Tölle TR, Bell RF, et al./ Cochrane Libr/ 2017	54	Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for	Revision sistemática	1	292 participantes	Buscamos en CENTRAL, MEDLINE y Embase ensayos controlados	Resultados: La edad media de los participantes era de entre 39 y 50 años, y entre el 89 % y el 100 % eran mujeres. La intensidad

		fibromyalgia in adults.				aleatorios desde el inicio hasta enero de 2017. También buscamos en las listas de referencia de estudios y revisiones recuperados, y en los registros de ensayos clínicos en línea.	inicial del dolor fue de alrededor de 7/10 en una escala de dolor de 0 a 10, lo que indica un dolor intenso. Los AINE probados fueron etoricoxib 90 mg diarios, ibuprofeno 2400 mg diarios, naproxeno 1000 mg diarios y tenoxicam 20 mg diarios; 146 participantes recibieron AINE y 146 placebo. La duración del tratamiento en la fase doble ciego varió entre tres y ocho semanas. No todos los estudios informaron de todos los resultados de interés. Los análisis consistentemente no mostraron una diferencia significativa entre los AINE y el placebo: beneficio sustancial (al menos un 50 % de reducción de la intensidad del dolor) (diferencia de riesgo (RD) -0,07 (intervalo de confianza del 95 % (IC) -0.18 a 0,04) 2 estudios, 146 participantes; beneficio moderado (al menos un 30 % de reducción de la intensidad del dolor) (RD -0,04 (IC del 95 % -0 a 0,08) 3 estudios, 192 participantes; retiros debido a eventos adversos (RD 0,04 (IC del 95 % IC -0.02 a 0,09) 4 estudios, 230
--	--	-------------------------	--	--	--	--	--

							participantes; participantes que experimentan cualquier evento adverso (RD 0,08 (IC del 95 % -0,03 a 0,19) 4 estudios, 230 participantes; retiros de todas las causas (RD 0,03 (IC 95 % CI -0,0,0,04) 3 estudios, 192 participantes). No hubo eventos adversos graves ni muertes. Aunque la mayoría de los estudios tuvieron algunas medidas de la calidad de vida relacionada con la salud, el impacto de la FM u otros resultados, ninguno informó de los resultados más allá de decir que no había o había poca diferencia entre los grupos de tratamiento. Rebajamos la evidencia de todos los resultados a una calidad muy baja, lo que significa que esta investigación no proporciona una indicación confiable del efecto probable. Conclusiones: Solo hay una cantidad modesta de evidencia de muy baja calidad sobre el uso de AINE en la FM, y eso proviene de estudios pequeños, en gran medida
--	--	--	--	--	--	--	---

							inadecuados, con riesgo potencial de sesgo. Ese sesgo normalmente sería aumentar los beneficios aparentes de los AINE, pero no se vieron tales beneficios. En consecuencia, los AINE no pueden considerarse útiles para tratar la FM.
Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA./ Cochrane Libr/2016	55	Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults.	Revision sistemática	1	3283 participantes	Buscamos en el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL), MEDLINE y EMBASE ensayos controlados aleatorios desde el inicio hasta mayo de 2009 para la revisión original y hasta el 16 de marzo de 2016 para esta actualización.	Resultados: Identificaron dos nuevos estudios publicados con un diseño clásico, y un nuevo estudio publicado con un diseño de retirada aleatoria de inscripción enriquecida (EERW). Incluimos ocho estudios. Cinco (3283 participantes) tuvieron un diseño clásico en el que los participantes fueron aleatorizados al inicio del estudio a pregabalina (150, 300, 450 o 600 mg diarios) o placebo, con evaluación después de 8 a 13 semanas de tratamiento estable. Ningún estudio incluyó comparadores activos. Los estudios tenían un bajo riesgo de sesgo, excepto que el último método de imputación de observación arrastrada (LOCF) utilizado en los análisis de los resultados primarios podría

						También buscamos en las listas de referencia de estudios y revisiones recuperados, y en los registros de ensayos clínicos en línea.	sobreestimar el efecto del tratamiento. La pregabalina aumentó el número de participantes que experimentaron un beneficio sustancial (al menos un 50 % de reducción de la intensidad del dolor después de 12 o 13 semanas de tratamiento estable (450 mg: RR 1,8, IC del 95 % 1,4 a 2,1, 1874 participantes, 5 estudios, evidencia de alta calidad)). Alrededor del 14 % de los participantes con placebo experimentaron un beneficio sustancial con pregabalina de 300 a 600 mg, pero alrededor de un 9 % más con pregabalina de 300 a 600 mg (22 % a 24 %) (evidencia de alta calidad). La pregabalina aumentó el número de participantes que experimentaron un beneficio moderado (al menos un 30 % de reducción de la intensidad del dolor después de 12 o 13 semanas de tratamiento estable) (450 mg: RR 1,5, IC del 95 % (1,3 a 1,7), 1874 participantes, 5 estudios, evidencia de alta calidad). Alrededor del 28 % de los participantes con placebo experimentaron un beneficio moderado
--	--	--	--	--	--	--	---

							con pregabalina de 300 a 600 mg, pero alrededor del 11 % más con pregabalina de 300 a 600 mg (39 % a 43 %) (evidencia de alta calidad) Conclusiones: La pregabalina de 300 a 600 mg produce una reducción importante en la intensidad del dolor durante 12 a 26 semanas con eventos adversos tolerables para una pequeña proporción de personas (alrededor del 10 % más que el placebo) con dolor moderado o intenso debido a la FM. Se sabe que el grado de alivio del dolor va acompañado de mejoras en otros síntomas, calidad de vida y función. Estos resultados son similares a otros medicamentos eficaces en la FM (milnacipran, duloxetina).
Fernandez S, Argüelles L./ Rqr SEAPA/ 2015	56	Abordaje del paciente con Fibromialgia en	Revisión bibliográfica	5	N/A	N/A	Resultados u conclusiones: Resultados: La Fibromialgia supone un problema de salud complejo que

		atención primaria					afecta a todas las esferas del paciente que la padece. Los tratamientos farmacológicos parecen no conseguir los resultados esperados, debiendo ofertarse un enfoque multidisciplinar que ofrezca respuestas a las demandas del paciente. Conclusiones: La literatura científica avala las medidas no farmacológicas y la educación para la salud como tratamiento clave, asociados al uso responsable del medicamento.
Hidalgo B, Pérez V, Oliviera M, Lopez L, Augusto L./. Qhalikay One/2020	57	Terapia cognitive-conductual en la FM	Estudio de cohorte prospectivo	2	30 pacientes diagnosticadas con FM	Estudio prospectivo de 30 pacientes diagnosticadas con FM, en el periodo de septiembre del 2017.	Resultados y conclusiones: El estudio fue descriptivo y prospectivo en 30 pacientes diagnosticados de FM, en el periodo de mayo a septiembre de 2017. La mayoría de los pacientes fueron mujeres entre 30 y 40 años de edad, cuyo síntoma principal fue el dolor generalizado, con espectro ansioso-depresivo. Se utilizó el test de ansiedad y depresión hospitalaria para

							diagnosticar la presencia de ansiedad y depresión antes y después de la terapia. Los pacientes con FM fueron tratados con hipnosis, con un enfoque cognitivo conductual, en el 70,1 % los síntomas desaparecieron o mejoraron durante los meses en los que mantuvieron el tratamiento, lo cual demuestra la efectividad del tratamiento con TCC en pacientes con FM.
Serrat M, Sanabria-Mazo JP, Almirall M, Musté M, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al./ Phys Ther/2021	58	Effectiveness of a multicomponent treatment based on pain neuroscience education, therapeutic exercise, cognitive behavioral therapy, and	Ensayo Controlado aleatorizado	1	272 pacientes	Este ensayo controlado aleatorio involucró a un total de 272 pacientes que fueron asignados al azar a un tratamiento multicomponente (n = 135) o al tratamiento	Resultados: En el postratamiento, se encontraron diferencias significativas entre grupos con un gran tamaño de efecto (Cohen d > 0,80) a favor del tratamiento multicomponente en el deterioro funcional, el dolor, la kinesiofobia y la función física, mientras que las diferencias con un efecto de tamaño moderado (Cohen d > 0,50 y <0,80) se encontraron en la fatiga, la ansiedad y

		<i>mindfulness</i> in patients with fibromyalgia (FIBROWALK study): A randomized controlled trial				como de costumbre (n = 137). El tratamiento multicomponente (sesiones semanales de 2 horas) se impartió en grupos de 20 participantes. El tratamiento habitual se basó principalmente en el tratamiento farmacológico de acuerdo con los síntomas predominantes. Se recopilaron datos sobre el deterioro funcional utilizando el Cuestionario Revisado de	los síntomas depresivos. Los no respondedores obtuvieron una puntuación más alta en los síntomas depresivos que los respondedores en la línea de base. El número necesario para tratar fue de 2 (IC del 95 % = 1,7-2,3). Conclusiones: En comparación con la atención habitual, hubo evidencia de efectos positivos a corto plazo (hasta 3 meses) del tratamiento multicomponente para la FM. Algunas deficiencias metodológicas (por ejemplo, la ausencia de seguimiento en el grupo de control y el seguimiento de la adherencia al tratamiento, la posible lealtad a la investigación) impiden conclusiones sólidas con respecto al programa multicomponente propuesto.
--	--	--	--	--	--	--	---

						Impacto de la Fibromialgia como resultado principal, al igual que los datos de dolor, fatiga, kinesiofobia, función física, ansiedad y síntomas depresivos (resultados secundarios) en la línea de base, 12 semanas y, solo para el grupo multicomponente, 6 y 9 meses. Se utilizó un enfoque de intención de tratar para analizar las	
--	--	--	--	--	--	---	--

						diferencias entre los grupos.	
Haugmark T, Hagen KB, Smedslund G, Zangi HA./. PLoS One/2019	59	<i>Mindfulness</i> -and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – A systematic review and meta-analyses	Metanálisis	1	N/A	Realizaron una búsqueda sistemática de literatura en las bases de datos MEDLINE, PsychINFO, CINAHL, EMBASE, Cochrane Central y AMED desde 1990 hasta enero de 2019. Incluimos ensayos controlados aleatorios y cuasi-aleatorios que analizan los efectos sobre la salud de las intervenciones basadas en la	Resultados: La búsqueda identificó 4430 registros, de los cuales se incluyeron nueve ensayos originales. La gran mayoría de los participantes eran mujeres. Los análisis mostraron efectos de pequeños a moderados a favor de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación en comparación con los controles en el dolor (SMD -0,46 [IC del 95 % -0,75, -0.17]), la depresión (SMD -0,94 [IC del 95 % -0.85, -0.12]), la ansiedad (SMD -0.37 [IC 95 % -0.71, -0.02]), la atención plena (SMD -0,40 [-0,69, -0.11]), la calidad del sueño (SMD -0.33 [-0.70, 0,04]) y la calidad de vida relacionada con la salud (SMD -0,74 [IC del 95 % -2.02, 0,54]) al final del tratamiento. Los efectos son inciertos debido a las limitaciones de los estudios individuales, los resultados inconsistentes y la imprecisión.

						atención plena y la aceptación para pacientes con FM en comparación con la ausencia de intervención, el control de la lista de espera, el tratamiento como de costumbre o las intervenciones activas. Se incluyó MBSR combinado con otros tratamientos.	Conclusiones: Los efectos en la salud de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación para los pacientes con FM son prometedores pero inciertos. Los ensayos futuros deberían considerar investigar si las estrategias para mejorar la adherencia y la fidelidad de las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación pueden mejorar los resultados de salud.
Sánchez JGS, Vázquez DJ./ Cuba Med Mil/2023	60	Metanálisis sobre los beneficios de las intervenciones en atención plena en	Metanálisis	1	N/A	se realizó una búsqueda de artículos científicos en diferentes bases de datos, tales como PubMed, Web of	Resultados: El uso de la atención plena sobre personas con FM ejerce un efecto favorable sobre la salud psicológica. No obstante, la práctica de esta técnica sugiere tener un mayor efecto sobre la

		personas con FM				Science, Scopus y PsycINFO. Se obtuvieron un total de 169 documentos que, tras aplicar los criterios establecidos se consideraron un total de 12 trabajos para revisión y metaanálisis.	salud mental y el afecto positivo de las personas con FM ($p < 0,05$; $I^2 = 0\%$). Conclusiones: Las intervenciones basadas en conciencia plena sugieren tener un efecto favorable sobre la salud psicológica y el bienestar de las personas con FM; por tanto, se considera su práctica a través de intervenciones presenciales u <i>online</i> , para mejorar la calidad de vida.
López PL, Córdoba TA, del Mar López Rodríguez/ Terapia/2021	61	Efectividad del <i>mindfulness</i> como técnica complementaria en pacientes con FM: una	Revision sistemática	1	N/A	Se realizó una revisión sistemática mediante un protocolo de revisión de acuerdo con el	Resultados: 19 estudios cumplieron los criterios de inclusión, los cuales demostraron la mejora de los síntomas de la FM como el dolor, sueño, estrés, ansiedad y depresión entre otros.

		revisión sistemática.				método PRISMA y se examinó la literatura publicada entre octubre de 2010 y noviembre de 2019. Se utilizaron términos relevantes, palabras claves y descriptores. Se revisaron 243 resúmenes de tres bases de datos (Medline, Scielo, WoS).	Conclusiones: Aunque la evidencia demuestra que hay una mejora en aspectos como el dolor, sueño, depresión y ansiedad mediante <i>mindfulness</i> en pacientes con FM, también se ha de tener en cuenta que los resultados son a corto plazo y que estas terapias por sí solas no demuestran una mejora sustancial.
Van Gordon W, Shonin E, Dunn TJ, Garcia J, Griffiths MD./ Br J Health Psychol/2017	62	Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A	Ensayo Controlado aleatorizado	1	74 pacientes	Los adultos con FMS recibieron un SG-MBI de 8 semanas conocido como entrenamiento	Resultados: Los participantes del entrenamiento de concienciación sobre la meditación demostraron mejoras significativas y sostenidas sobre los participantes del grupo de control en la sintomatología de

		randomized controlled trial.				de concienciación de meditación (MAT; n = 74) o una intervención de control activo conocida como teoría del comportamiento cognitivo para grupos (n = 74). Las evaluaciones se realizaron en las fases de seguimiento previa, posterior y de 6 meses. la FMS, la percepción del dolor, la calidad del sueño, la angustia psicológica, el no apego (a uno mismo, los síntomas y el medio ambiente) y el compromiso cívico. Un análisis de mediación encontró que (1) el compromiso cívico mediaron parcialmente los efectos del tratamiento para todas las variables de resultado, (2) los efectos del tratamiento parcialmente mediados por el no apego para la angustia psicológica y la calidad del sueño, y (3) los efectos del tratamiento mediados casi por no apego para la sintomatología de la FMS y la percepción del dolor. Se encontró que el tiempo promedio diario dedicado a la meditación era un predictor significativo de cambios en todas las variables de resultado. Conclusiones: El entrenamiento de concienciación sobre la meditación puede ser un tratamiento adecuado para adultos con FMS y parece mejorar la sintomatología
--	--	---------------------------------	--	--	--	--

							de la FMS y la percepción del dolor al reducir el apego a uno mismo. Declaración de contribución ¿Qué ya se sabe sobre este tema? El diseño de intervenciones para tratar el síndrome de FM (FMS) sigue siendo un desafío. Hay un creciente interés en las aplicaciones de las intervenciones basadas en la atención plena para el tratamiento de la FMS. Las intervenciones basadas en la atención plena de segunda generación (SG-MBI) son una nueva dirección clave en la investigación de la atención plena. ¿Qué añade este estudio? El entrenamiento de concienciación sobre la meditación, un SG-MBI, dio lugar a reducciones significativas en la sintomatología de FMS. Los SG-MBI reconocen el aspecto espiritual de la atención plena y pueden tener un papel en el tratamiento de la FMS.
Adler AL, Zeidan F./ Curr Rheumatol Rep/2017	63	<i>Mindfulness</i> meditation for fibromyalgia: Mechanistic and	Revision sistemática	1	N/A	La presente revisión delinea la evidencia existente que	Resultados y conclusiones: Las intervenciones basadas en la atención plena basadas en cultivar la aceptación, la falta de apego y el

		clinical considerations.				respalda la eficacia y los mecanismos hipotéticos de la meditación de atención plena en el tratamiento de los resultados relacionados con la FM.	compromiso social pueden ser más efectivas para disminuir el dolor y los síntomas psicológicos relacionados con la FM. Las terapias basadas en la atención plena pueden aliviar los resultados relacionados con la FM a través de múltiples procesos neuronales, psicológicos y fisiológicos. La meditación de atención plena puede proporcionar un enfoque de tratamiento complementario eficaz para los pacientes con FM, especialmente cuando se combina con otras técnicas confiables (ejercicio; terapia cognitiva conductual). Sin embargo, caracterizar los mecanismos analgésicos específicos que apoyan la meditación de atención plena es un paso crítico para fomentar la validez clínica de esta técnica. La identificación de los mecanismos analgésicos específicos que apoyan el alivio del dolor basado en la atención plena podría utilizarse para diseñar mejor las intervenciones conductuales dirigidas específicamente a los resultados relacionados con la FM.
--	--	--------------------------	--	--	--	---	---