



Investigación original

Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia



Ana María Martínez-Fernández^{a,*}, Ana Gancedo-García^b, Michal Chudáčik^c,
Jesús Babío-Herráiz^d y Patricio Suárez-Gil^e

^a Facultad de Enfermería, Área V, Gijón, Asturias, España

^b Atención Primaria, Área V, Gijón, Asturias, España

^c Atención Primaria, Área III, Avilés, Asturias, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital de Cabueñes, Área V, Gijón, Asturias, España

^e Unidad de Investigación Área Sanitaria V-Gijón, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de septiembre de 2015

Aceptado el 26 de noviembre de 2015

On-line el 23 de enero de 2016

Palabras clave:

Fibromialgia

Síndrome de fatiga crónica

Manejo del dolor

Ansiedad

Catastrofización

Perfil de impacto de la enfermedad

R E S U M E N

Introducción: La fibromialgia es una enfermedad crónica, caracterizada por dolor musculoesquelético asociado a otros síntomas. Se desconoce su etiología, el diagnóstico es clínico y los tratamientos sintomáticos. El cómo afrontan los pacientes este dolor y su diagnóstico parece influir sobre su evolución y tratamiento.

Objetivo: Evaluar el efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor, sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos de los pacientes con fibromialgia.

Materiales y métodos: Estudio transversal de 50 pacientes con fibromialgia, citados en reumatología desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2014 y voluntarios de la Asociación de Enfermos de Fibromialgia de Asturias. Se registraron variables clínico-epidemiológicas, Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia abreviado (CIF), Escala de Catastrofización Ante el Dolor (PCS-SP) y Escala de Síntomas de Ansiedad Ante el Dolor (PASS-20).

Resultados: 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: con PASS-20 0,41 ($p = 0,003$), con PCS-SP 0,49 ($p < 0,001$) y con CIF 0,32 ($p = 0,024$). El coeficiente de correlación desde el inicio de los síntomas fue: $-0,21$ ($p = 0,14$) con CIF, $-0,16$ ($p = 0,26$) con PCS y $-0,25$ ($p = 0,08$) con PASS-20.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martinezfana@uniovi.es (A.M. Martínez-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.11.002>

0121-8123/© 2015 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Los niveles de ansiedad y catastrofización se encuentran fuertemente asociados entre sí, sin embargo, ambos muestran una asociación débil con la capacidad funcional. Puntuaciones altas en las 3 escalas supusieron un aumento del consumo de fármacos. Con mayor tiempo de evolución de la fibromialgia parece disminuir el nivel de ansiedad, la catastrofización y la repercusión funcional.

© 2015 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cross-sectional study about the effect of catastrophizing and anxiety to pain on functional capacity and consumption of drugs of fibromyalgia patients

A B S T R A C T

Keywords:

Fibromyalgia
Fatigue chronic syndrome
Pain management
Anxiety
Catastrophising
Sickness impact profile

Introduction: Fibromyalgia is a chronic disease characterized by musculoskeletal pain associated with other symptoms. Its aetiology is unknown, diagnosis is clinical and treatments are symptomatic. How patients face the diagnosis and pain and how it appears to influence their evolution and treatment.

Objective: To evaluate the effect of catastrophising and anxiety to pain regarding functional ability and consumption of drugs in patients with fibromyalgia.

Material and methods: Cross-sectional study of 50 patients fibromyalgia cited in rheumatology from January 1 to March 31 of 2014 and volunteers of the Association of Patients with Fibromyalgia Asturias. Clinical and epidemiological variables, Fibromyalgia Impact Questionnaire abbreviated (FIQ), Pain Catastrophising Scale (PCS) and Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) were recorded.

Results: The Spearman correlation between PCS-SP and PASS-20 was 0.67 ($p < .001$) between CIF and PASS-20 0.27 ($p = .05$) and between CIF and PCS-SP 0.03 meaningless statistics. The correlation with the consumption of drugs was: with PASS-20 0.41 ($p = .003$), with PCS-SP 0.49 ($p < .001$) and with CIF 0.32 ($p = .024$). The correlation coefficient from the onset of symptoms was: -0.21 ($p = .14$) with CIF, -0.16 ($p = .26$) with PCS and -0.25 ($p = .08$) with PASS-20.

Conclusions: The levels of anxiety and catastrophising are strongly associated with each other, but both show a weak association with functional capacity. High scores on three scales represented an increase in consumption of drugs. A longer history of fibromyalgia appears to decrease the level of anxiety, catastrophising and functional impact.

© 2015 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La fibromialgia es una enfermedad reumatológica, crónica, reconocida en 1992 por la Organización Mundial de la Salud¹. Es un trastorno complejo caracterizado por dolor musculoesquelético agudo y crónico, de al menos 3 meses de duración y que puede llegar a ser muy discapacitante. Se presentan otros síntomas asociados como rigidez articular matinal, fatiga, cefalea, alteraciones del sueño, concentración, memoria y alteraciones emocionales, de manera que hasta un 60% sufren trastornos ansiosodepresivos^{2,3}.

En España se estima que un 2,4% de la población, mayor de 20 años, la padece con una relación de 20/1 mujer/hombre⁴. Su alta tasa en edades de actividad laboral implica una gran repercusión socio-sanitaria, pues los pacientes presentan limitaciones y agravamiento de los síntomas en su rutina laboral⁵.

El diagnóstico es difícil y poco preciso, ya que no hay pruebas de laboratorio específicas y se basa en la clínica y la valoración física⁶. Existen diferentes escalas que permiten

evaluar el impacto de la FM sobre la capacidad funcional, calidad de vida y la repercusión psicósomática. Una de las más utilizadas es el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)⁷; otras que complementan el diagnóstico abordando la esfera psicológica y la afrontación del dolor son la Escala de Catastrofización Ante el Dolor (PCS-SP)⁸ y la Escala de Síntomas de Ansiedad Ante el Dolor (PASS-20)⁹.

Actualmente, existen fármacos que pueden controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, pero ninguno cura la enfermedad, por lo que es la patología de partes blandas que más consultas genera en los Centros de Salud del país, con gran coste económico por interconsultas realizadas y consumo de fármacos¹⁰. Las personas afectadas realizan un promedio de 9-12 visitas médicas anuales, hacen mayor uso de terapias alternativas y acarrear importantes costes en términos de absentismo laboral y litigios. Asimismo, se someten a un mayor número de intervenciones quirúrgicas¹¹.

Por ello, el abordaje debe basarse en un enfoque multidisciplinar adecuado a cada paciente, combinando terapias

farmacológicas y no farmacológicas^{12,13}. El uso de las terapias complementarias es cada vez más frecuente a escala mundial y está altamente relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad¹⁴⁻¹⁶. Entre ellas, hay estudios que avalan los beneficios de la terapia cognitivo conductual disminuyendo significativamente la percepción del dolor, los problemas de sueño, la depresión y el catastrofismo, además de mejorar el estado funcional, la terapia cognitiva operante parece disminuir el número de visitas médicas¹⁷ y los ejercicios supervisados parecen mejorar la capacidad funcional¹⁸. Dicho enfoque multidisciplinar no solo es competencia del médico de Atención Primaria y especializada sino también de los profesionales de enfermería, que intervienen en la educación sanitaria, terapias de grupo, asesoramiento, aumento del afrontamiento y modificación de la conducta, entre otras muchas competencias^{15,19}.

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor, sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos de los pacientes con fibromialgia. Como objetivos secundarios se evaluó la asociación de las 3 escalas con el diagnóstico de depresión, tipo de convivencia, nivel de estudios, el tiempo de evolución de los síntomas, tiempo desde el diagnóstico y participación de terapias alternativas.

Materiales y métodos

Estudio transversal de 50 pacientes con fibromialgia, citados en Reumatología y Medicina Interna en el Hospital de Cabueñes de Gijón, desde 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2014 y participantes de la Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Asturias, en dicho periodo.

Se registraron datos clínico-epidemiológicos recogidos de las historias clínicas hospitalarias en papel y del programa informático Selene: sexo, edad, raza, nacionalidad, convivencia, nivel de estudios, situación laboral, profesión, consumo de tabaco y alcohol, inicio de los síntomas, año de diagnóstico, otras enfermedades, tratamientos para la fibromialgia, psicofármacos, tratamientos de rehabilitación y terapias alternativas.

Se contactó telefónicamente con los pacientes para citarles en el Servicio de Reumatología del Hospital de Cabueñes. En ese momento cumplieron el consentimiento informado, los test de evaluación y los datos faltantes en las historias clínicas en papel. Respondieron, además, a las siguientes preguntas abiertas; «¿cuáles son sus síntomas principales de fibromialgia actualmente?» y «¿cree que hubo algún desencadenante de la enfermedad?».

Los test autoadministrados validados en castellano fueron:

1. CIF: se utilizó su primer ítem que evalúa la capacidad funcional percibida por el paciente. Consta de 10 subítems que puntúan entre 0 y 3, el valor total dividido entre el número de respuestas se normalizó para obtener un valor entre 0 y 10 multiplicándolo por 3,33, siendo 0 la mejor capacidad funcional y 10 la peor.
2. PCS-SP: que explora el pensamiento catastrofista (rumiación, magnificación e indefensión) con relación al dolor, con 13 ítems. Su valor oscila entre 13 y 62.

3. PASS-20: que explora el miedo al dolor y la conducta de escape/evitación asociada al dolor, mediante 20 ítems. Su valor oscila entre 0 y 80.

Se realizó un resumen descriptivo de las variables según técnicas estadísticas convencionales: proporciones para variables categóricas nominales, medidas basadas en ordenaciones (medianas y recorridos intercuartílicos) para variables ordinales y medidas de tendencia central y de dispersión, basadas en momentos para variables cuantitativas de intervalo o razón. Las posibles asociaciones se estudiaron mediante pruebas no paramétricas: test de Wilcoxon, correlación de Spearman y test de rangos de Kruskal-Wallis. Los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico Stata/IC 13.1.

Se adoptaron las medidas necesarias para la protección de datos de carácter personal de toda la información clínica y el acceso a los datos cumplió la normativa del centro donde fueron recogidos. Además, se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes para cumplir las normativas éticas de investigación clínica.

Resultados

Se registraron 68 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de fibromialgia, según los criterios del *American College of Rheumatology* de 1990, 60 que habían acudido a consulta de Reumatología del Hospital de Cabueñes en el primer trimestre de 2014 y 8 reclutados tras la invitación voluntaria a un grupo de pacientes que acudieron, en dicho trimestre, a la Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Fatiga Crónica del Principado de Asturias.

Tres no cumplieron los criterios de inclusión ya que refrieron no tener el diagnóstico confirmado, 5 pacientes rechazaron participar, 4 estaban de viaje, con 3 no se pudo contactar y los 3 restantes alegaron circunstancias familiares. Finalmente se incluyeron en el estudio 50 pacientes.

El análisis reveló que un 92% (n=46) eran mujeres, de una edad media de 55,2 años (DE: 10,54) (rango 31-75), que viven en pareja en un 44% (n=22) con un nivel de estudios primarios en el 48% (n=24) de los casos. El 74% (n=37) tuvo algún antecedente de patología traumatológica o reumatológica asociada a dolor crónico como artrosis o artritis reumatoide y el 76% (n=38) estaba diagnosticado de depresión en el momento del estudio.

Se registraron 33 pacientes en edad laboral, de los cuales el 36,4% (n=12) se encuentra en situación de incapacidad temporal o permanente por su enfermedad.

Los pacientes habían desarrollado los primeros síntomas en un promedio de 18,8 años (DE: 7,7), antes del momento del estudio. El tiempo pasado hasta el diagnóstico tuvo una media de 9,8 años (DE: 6,7). El tiempo entre el inicio de síntomas y el momento del diagnóstico presentó un promedio de 9,1 años (DE: 4,8). Las características clínico-epidemiológicas se muestran en la [tabla 1](#).

Respecto al desencadenante se obtuvieron 7 respuestas diferentes: un 52% (n=26) no lo asocia con ningún evento del pasado, el 14% (n=7) lo relaciona con infancia y juventud torpe, siendo pacientes que presentaban muchas caídas, el 10% (n=5) cuenta historia de algún tipo de maltrato familiar

Tabla 1 – Variables clínico-epidemiológicas de los pacientes con fibromialgia (n = 50)

Variable	Descripción variable	n (%)	
Sexo	Mujer	46 (92)	
Edad	Media 55,18 (desviación estándar 10,54)	Rango (31-75)	
	Solo	11 (22)	
Convivencia	Pareja	22 (44)	
	Pareja + hijos	8 (16)	
	Otros	9 (18)	
Nivel de estudios	Primarios	24 (48)	
	Secundarios	17 (34)	
	Universitarios	9 (18)	
Situación laboral	Activo	13 (26)	
	Ama de casa	10 (20)	
	Incapacidad temporal	8 (16)	
	Parado	8 (16)	
	Jubilado	7 (14)	
	Incapacidad permanente	4 (8)	
	Ama de casa	13 (26)	
Profesión	Limpiadora	9 (18)	
	Hostelera	4 (8)	
	Administrativa	4 (8)	
	Autónoma	4 (8)	
	Técnico sanitario	4 (8)	
	Cajera	3 (6)	
	Banco	3 (6)	
	Otros	6 (12)	
	Fumador	17 (34)	
	Consumidor >20g/l	0 (0)	
Patología traumatológica-reumatológica	Fibromialgia secundaria	37 (74)	
Diagnóstico depresión	En momento actual	38 (76)	
Años de síntomas FM: media (DE)*	Años totales desde inicio a 2014	m:18,6 (DE:7,7)	Percentil 50: 18,5
Años hasta diagnóstico FM	Primer periodo	m:9,8 (DE:6,7)	Percentil 50: 8
Años desde diagnóstico hasta 2014*	Segundo periodo	m:9,1 (DE: 4,8)	Percentil 50: 8,5
Número de fármacos*	Pautados para la FM	m:4,22 (DE:1,1)	
	Sin interés	26 (52)	
	Caídas frecuentes	7 (14)	
	Maltrato	5 (10)	
	Muerte familiar	4 (8)	
	Timidez/autoexigencia	4 (8)	
	Divorcio	2 (4)	
Desencadenante	Diagnóstico enfermedad	2 (4)	

DE: desviación estándar y percentil 50; m: media.
* Variables cuantitativas

o laboral que desencadenó los primeros síntomas, el 8% (n = 4) lo asoció a la muerte de un familiar y otro 8% (n = 4) a una personalidad exigente y tímida en su juventud, 2 pacientes (4%) hicieron referencia a un divorcio y otros 2 al diagnóstico de otra enfermedad (4%).

La sintomatología referida por los pacientes, con más frecuencia fue en el 84% (n = 42) dolor generalizado, cefalea en 70% (n = 35), dolor de miembros inferiores en 58% (n = 29), calambres en 50% (n = 25) y cervicalgia y alteración cognitiva como pérdida de memoria o concentración, en ambos casos, con una frecuencia del 48% (n = 24) (tabla 2).

La media de los pacientes que consumían fármacos pautados para su fibromialgia fue de 4,22 (DE: 1,1), siendo 90% (n = 45) consumidores de analgésicos menores, 42% (n = 21) consumidores de opioides menores y 40% (n = 20) consumidores de antiepilépticos. El 78% (n = 39) participaba de terapias alternativas y un 54% (n = 27) era usuario de programas de rehabilitación. Un 52% (n = 26) era consumidor de psicofármacos,

los más prescritos fueron los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina en 28% (n = 14) y selectivos de serotonina en 20% (n = 10). La trazodona fue prescrita en 14% (n = 7) y antidepresivos tricíclicos en 10% (n = 5). Solo un paciente refirió no tomar ningún fármaco para la fibromialgia.

En la escala CIF se obtuvo una mediana de 5,5 (recorrido intercuartílico [RI]: 4,2; 6,7) sobre el total de los 10 puntos. La escala PCS-SP puntuó de mediana 37 (RI: 25; 44) sobre 62 puntos. La escala PASS-20 arrojó una mediana de 48,5 puntos (RI: 36; 60) sobre un máximo de 80 (tabla 3).

Los coeficientes de correlación fueron los siguientes (tabla 4); entre el CIF y PCS-SP fue de 0,03 (p = 0,82) y entre el CIF y PASS-20 fue de 0,27 (p = 0,05). Entre PCS-SP y PASS-20 fue de 0,67, siendo estadísticamente significativo (p < 0,001).

Se encontró relación lineal positiva, estadísticamente significativa, entre el número de fármacos y las 3 escalas: entre el número de fármacos y CIF fue de 0,32 (p = 0,024), con la PCS-SP fue de 0,49 (p < 0,001) y con PASS-20 fue de 0,41 (p = 0,003).

Tabla 2 – Sintomatología referida asociada a la fibromialgia (n = 50)

Síntoma	n (%)
Dolor general	42 (84)
Cefalea	35 (70)
Dolor miembros inferiores	29 (58)
Calambres	25 (50)
Cervicalgia	24 (48)
Alteración cognitiva	24 (48)
Lumbalgia	19 (38)
Dolor miembros superiores	17 (34)
Alteraciones digestivas	17 (34)
Inestabilidad	16 (32)
Dolor facial	14 (28)
Fatiga	11 (22)
Parestesias	9 (18)
Insomnio	7 (14)
Alteración piel	6 (12)
Acúfenos	3 (6)
Alteraciones del ánimo	3 (6)
Otros	9 (18)

Variables recogidas a la pregunta de respuesta abierta: «¿cuáles son sus síntomas principales de fibromialgia actualmente?».

Tabla 3 – Resultados de la puntuación en el CIF, PASS-20 y PCS-SP

Cuestionario	Media	Mediana	Rango intercuartílico (Q1; Q3)
CIF	5,49	5,5	(4,2; 6,7)
PCS	34,36	37	(25; 44)
PASS	47,3	48,5	(36; 60)

CIF: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia; PASS-20: Escala de Síntomas Ante el Dolor; PCS-SP: Escala de Catastrofización del Dolor versión española.

El coeficiente de correlación entre el tiempo desde el año de diagnóstico y el momento del estudio fue: con CIF 0,03 ($p = 0,86$), con PCS-SP $-0,13$ ($p = 0,34$) y con PASS $-0,14$ ($p = 0,35$). El coeficiente de correlación lineal entre tiempo de síntomas y las escalas fue: $-0,21$ ($p = 0,14$) con CIF, $-0,16$ ($p = 0,26$) con PCS-SP y $-0,25$ ($p = 0,08$) con PASS-20.

No se encontró relación estadística entre las escalas y la existencia de depresión, la convivencia, el nivel de estudios o el uso de terapias alternativas.

Discusión

La fibromialgia es una enfermedad compleja que a menudo genera sentimientos negativos en los profesionales por la dificultad de objetivar la incapacidad, deficiencias en los instrumentos de evaluación y la escasa eficacia de los tratamientos²⁰. Habitualmente se centra el abordaje en corregir el dolor crónico y la limitación funcional, pero es importante no olvidar la repercusión de dicho dolor crónico sobre la esfera psicopatológica y los beneficios de promover el constructo cognitivo de la aceptación.

En nuestra muestra los pacientes hacen patente un grado de ansiedad y catastrofización ante el dolor moderado, llegando a ser grave en algunos casos. Ambos niveles están fuertemente asociados entre sí y suponen un aumento en el consumo de fármacos. No se encontró una asociación relevante con la capacidad funcional. Estos datos coinciden con las afirmaciones de J. García Campayo²¹ sobre cómo la aceptación no está relacionada con un menor nivel de dolor sino con un mayor trabajo cognitivo. Así como muchas de las actuaciones dirigidas a eliminar el dolor agudo tienen, a la larga, consecuencias muy perjudiciales para la calidad de vida de los pacientes, porque son inefectivas en el dolor crónico, generando: disminución de la actividad que puede llevar al

Tabla 4 – Asociaciones entre las puntuaciones del CIF, PASS-20 y PCS-SP y su relación con otras variables estudiadas

Escalas de valoración	Correlación de Spearman (valor p)		
CIF y PCS	rho = 0,03 ($p = 0,82$)		
CIF y PASS-20	rho = 0,27 ($p = 0,05$)		
PCS y PASS-20	rho = 0,67 ($p < 0,001$)		
rho: coeficiente de correlación Spearman.			
VARIABLES	CIF	PASS-20	PCS-SP
Consumo de fármacos ^a	rho = 0,32 ($p = 0,024$)	rho = 0,41 ($p = 0,003$)	rho = 0,49 ($P < 0,001$)
Tiempo de síntomas ^a	rho = $-0,21$ ($p = 0,14$)	rho = $-0,25$ ($p = 0,08$)	rho = $-0,16$ ($p = 0,26$)
Tiempo desde que han sido diagnosticados ^a	rho = 0,03 ($p = 0,86$)	rho = $-0,14$ ($p = 0,35$)	rho = $-0,13$ ($p = 0,34$)
Depresión ^b	No se halló asociación estadísticamente significativa		
Uso de terapias alternativas ^b	No se halló asociación estadísticamente significativa		
Convivencia ^b	No se halló asociación estadísticamente significativa		
Nivel de estudios ^b	No se halló asociación estadísticamente significativa		

CIF: Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia; PASS-20: Escala de Síntomas Ante el Dolor; PCS-SP: Escala de Catastrofización del Dolor versión española; rho: coeficiente de correlación Spearman.

^a Correlación de Spearman.

^b Kruskal Wallis.

abandono del trabajo, aumento continuo de la medicación cuyos efectos secundarios acaban siendo incapacitantes, etc.

El primer paso para un correcto abordaje de la esfera psicopatológica es hacer un diagnóstico correcto y temprano. Existen controversias en cuanto a la conveniencia de emitir el diagnóstico, cuál sería el tipo de atención y seguimiento más adecuado. En nuestro estudio, más tiempo desde el diagnóstico favorece una disminución del catastrofismo y la ansiedad ante el dolor, y llevar más tiempo con síntomas parece relacionarse, además, con una mayor capacidad funcional. Esto concuerda con una revisión sistemática²², con un nivel de evidencia de calidad moderada-buena, que indica que reduce la presión asistencial por parte de estos pacientes. Así como Escudero-Carretero et al.²³ afirman que la mitad de los pacientes que reciben un diagnóstico de fibromialgia presentan remisión de los síntomas a los 2 años sin tomar medicación. Asimismo Burchkhard et al.²⁴ observaron un incremento del nivel de actividad física y una mejoría significativa en la autoeficacia y calidad de vida y Oliver et al.²⁵ describen una disminución del catastrofismo, aunque el resto de variables medidas no mostró cambios significativos.

Por dichas evidencias, sería interesante realizar estudios que analicen de forma aislada la eficacia de la educación en fibromialgia, dirigida fundamentalmente a promover el constructo cognitivo de la aceptación, su adhesión terapéutica y su coste/beneficio. Así como es importante saber diferenciar a aquellos pacientes que tratan de conseguir una baja simulando dolor²⁶, de aquellos que mejoran clínicamente al conocer el diagnóstico por abordar la enfermedad mediante el uso racional de fármacos, estrategias de afrontamiento positivas, terapias alternativas y participación en asociaciones²³. De ahí el interés de incorporar a la práctica clínica el uso de cuestionarios validados que evalúen la esfera psicopatológica, así como el reconocimiento del catastrofismo y la aceptación como constructos cognitivos determinantes para pronosticar la evolución del paciente²¹.

Aproximadamente, la mitad de los pacientes de nuestra muestra los podríamos clasificar de tipo III, según la clasificación de Belenger, subgrupo que manifiesta somáticamente un proceso psicopatológico subyacente, incluyendo características afectivas y de personalidad que hacen que canalicen sus problemas psicológicos en dolor. Se destacaron 4 pacientes que relacionaron directamente su enfermedad con sus rasgos de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo o muy autoexigentes, coincidiendo con la literatura que refiere que estos pacientes suelen manifestar un desajuste general, sentimientos de inmadurez personal y estrés subjetivo, siendo aconsejable evaluarlos desde salud mental²⁶. Otros 5 pacientes lo relacionaron con alteraciones afectivas, refiriendo historias de maltrato, coincidiendo con otros autores que hablan de probables factores predisponentes biológicos, psicológicos y sociales que desencadenan y perpetúan la enfermedad²⁷.

Llama también la atención el alto grado de comorbilidad con depresión que presentaron las pacientes, dato que concuerda con el estudio de Raphael et al.²⁸ que afirma que el riesgo de presentar trastorno depresivo mayor era 3 veces superior en los pacientes con fibromialgia y que el riesgo de padecer trastornos de ansiedad, obsesivo-compulsivos y de estrés postraumático era 5 veces superior. Aunque este no

pareció estar relacionado con un mayor nivel de catastrofismo o ansiedad ante el dolor, ni que el impacto de la fibromialgia sobre su capacidad funcional fuera mayor. Serían necesarios estudios que evalúen factores emocionales crónicos, como factor de riesgo de la fibromialgia.

El impacto laboral de la fibromialgia parece estar fuertemente influido por la comorbilidad psicopatológica²⁹, por ello no solo se debe abordar correctamente esta esfera de la enfermedad, sino que sería interesante que los pacientes tuvieran acceso a asesoramiento jurídico en cuanto a su situación laboral, de manera que se gestionasen puestos compatibles con su patología y no tuvieran que interrumpir su actividad durante los periodos de agudización de la enfermedad, como ocurre en 1/3 de nuestra muestra, dato similar a otros estudios, donde se estima que afecta entre 1/4 y 1/2 de los pacientes con fibromialgia^{5,30}.

Los pacientes deben recibir pautas farmacológicas sintomáticas claras, con seguimiento continuado, para ser suspendidas en aquellos casos donde no aporten ningún beneficio. Asimismo, se debería individualizar el tratamiento incluyendo en cada caso información sobre terapias no farmacológicas basadas en evidencias científicas, como los ejercicios supervisados o la terapia cognitivo-conductual, ya que los pacientes son muy proclives a este tipo de terapias, a las cuales mantienen muy buena adherencia y de las que refieren obtener beneficio en muchos casos. Aunque inicialmente nuestro estudio no halló ninguna relación entre su uso y las puntuaciones de las escalas evaluadas, no se profundizó en los tipos de terapias referidas por los pacientes ni se analizó su repercusión a otros niveles. Y, por último, es importante que los tratamientos pautados no promuevan la pasividad del paciente ya que esta se ha mostrado perjudicial para un buen funcionamiento. La creencia de que «los pacientes no pueden funcionar mientras sufren dolor» no solo parece no ser cierta, sino que además parece ser perjudicial²¹.

Como limitaciones de este estudio se encuentra el carácter difuso de los factores favorecedores de la fibromialgia y el no haber establecido subgrupos diagnósticos para conocer la repercusión de cada tipo sobre los resultados de los test evaluados. Serían interesantes futuras líneas de investigación que analizaran las puntuaciones de estos cuestionarios sobre una muestra exclusiva de pacientes tipo III, según la clasificación de Belenger. Además, incurrimos en un sesgo de captación ya que los 8 pacientes reclutados en la asociación fueron voluntarios, pero sus características clinicodemográficas no mostraron diferencias relevantes por lo que no alteraron la homogeneidad de la muestra.

La principal fortaleza de nuestro estudio es su aproximación a algunos rasgos psicopatológicos de la enfermedad. Además, se utilizan herramientas de diagnóstico de rápida y fácil cumplimentación que se pueden incorporar fácilmente a la práctica clínica habitual de atención primaria y especializada.

Obtuvimos un alto grado de participación de los pacientes contactados y al haberse realizado entrevista personalizada no hubo pérdidas en los datos recogidos. Finalmente, el hecho de que las características clínico-epidemiológicas, de nuestro grupo de estudio, coincidan con las de la literatura existente, favorece una buena validez externa.

En conclusión, los pacientes con fibromialgia analizados presentan un impacto de la enfermedad sobre su capacidad funcional leve-moderada y un moderado nivel de catastrofización y ansiedad ante el dolor que llega a ser grave en algunos casos. Ambos afrontamientos negativos del dolor se encuentran fuertemente asociados, pero repercutiendo de una manera más débil sobre su capacidad funcional. Aunque sí están asociados el aumento de ansiedad, la catastrofización e incapacidad funcional con un aumento del consumo de fármacos, por lo que debería tenerse en cuenta el abordaje de la esfera psicopatológica en el enfoque terapéutico y no solo la repercusión funcional. Por otro lado, a mayor tiempo de evolución de la fibromialgia parecen disminuir los niveles de catastrofización y ansiedad ante el dolor, por lo que el primer paso para este afrontamiento positivo sería promover el diagnóstico precoz.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este proyecto no recibió ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Fatiga Crónica del Principado de Asturias y a todos los que participaron en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casanueva B. Tratado de Fibromialgia. Cantabria: Cantabria Imagen; 2007.
2. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rodríguez Muñoz MF, Grupo ICAF. Uso del cuestionario Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Rev. Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(2):107-14.
3. Quintero Gómez JJ, Sánchez Ortiz AO, Rosas Barrientos JF. Frecuencia de la fibromialgia primaria, secundaria y patologías asociadas, en el Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2009;21:49-55.
4. Restrepo-Medrano JC, Ronda Pérez E, Vives Cases C, Gil González D. ¿Qué sabemos sobre los factores de riesgo de la fibromialgia? *Rev. Salud Pública*. 2009;11(4):662-74.
5. Briones-Vozmediano E, Ronda-Pérez E, Vives-Cases CE. Percepción de pacientes con fibromialgia sobre el impacto de la enfermedad en el ámbito laboral. *Aten Primaria*. 2015;47(4):205-12.
6. Deus J. ¿Se puede ver el dolor? *Reumatol Clin*. 2009;5(5):228-32.
7. Esteve-Vives J, Rivera-Redondo J, Salvat-Salvat MI, Gracia-Blanco M, Alegre de Miquel C. Propuesta de una versión de consenso de Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ) para la población española. *Reumatol Clin*. 2007;3(1):21-4.
8. García-Campayo J, Rodero B, Alda M, Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(13):487-92.
9. Miro E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valenza MC. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012;24(1):10-5.
10. Pastor Mira MA, Lledó Boyer A, López Roig S, Pons Calatayud NM, Aragón Gelabert M. Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema*. 2010;22(4):549-55.
11. Salgueiro M, Buesa I, Aira Z, Montoya P, Bilbao J, Azku JJ. Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(6):323-9.
12. González-González J, Teso-Rubio M, Waliño-Paniagua CN, Criado-Álvarez JJ, Sánchez-Holgado J. Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria. *Reumatol Clin*. 2015;11(11):22-6.
13. Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH. Patients experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: A qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:124.
14. Baena-Extremera A, Ruiz-Montero PJ. Enseñanza de un programa acuático para personas mayores con Fibromialgia. Teaching an aquatic program for older people with fibromyalgia. *Retos*. 2010;1:96-8.
15. Carricondo-Martínez MI. Un pulso a la fibromialgia. *Índex Enferm*. 2009;18(2).
16. Álvarez-Hernández E, Casasola-Vargas JL, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R, Vázquez-Mellado J. Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos. *Reumatol Clin*. 2006;2(4):183-9.
17. Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*. 2010;37(10):1-15.
18. Jones KD, Liptan GL. Exercise interventions in fibromyalgia: clinical applications from the evidence. *Rheum Dis Clin North Am*. 2009;35(2):373-91.
19. Restrepo-Medrano JC, Guillermo-Rojas J. Fibromialgia. ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de enfermería? *REV*. 2011;29(2):305-14.
20. Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo MA, Grupo ICAF. Evaluación de la capacidad funcional en fibromialgia. Análisis comparativo de la validez de constructo de tres escalas. *Reumatol Clin*. 2010;6(3):141-4.
21. García-Campayo J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. *Reumatol Clin*. 2009;5(S2):9-11.
22. Carmona L. Revisión sistemática: ¿el diagnóstico en sí de fibromialgia tiene algún efecto deletéreo sobre el pronóstico? *Reumatol Clin*. 2006;2(2):52-7.

23. Escudero-Carretero MJ, García-Toyos N, Prieto-Rodríguez MA, Pérez-Corral O, March-Cerda JC, López-Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin*. 2010;6(1):16-12.
24. Burckhardt CS, Mannerkorpi K, Hedenberg L, Bjelle A. A randomized, controlled clinical trial of education and physical training for women with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1994;21(4):714-20.
25. Oliver K, Cronan TA, Walen HR, Tomita M. Effects of social support and education on health care costs for patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2001;28(12):2711-9.
26. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin*. 2009;5(2):55-628.
27. AlvaroT, Traver F. Una visión psiconeuroinmunológica de la fibromialgia. *RPPC*. 2010;15(3):149-63.
28. Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*. 2006;124(1-2):117-25.
29. Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Blanca M, Morcillo A, Larios R, et al. Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(2):R54.
30. Restrepo-Medrano JC, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C, Gil-González D, Ballester-Laguna F. Comparación de las sentencias de incapacidad permanente por fibromialgia en España: diferencias según la resolución sea favorable para el paciente o para el Instituto Nacional de la Seguridad Social. *Cartas al editor. Reumatol Clin*. 2010;6(4):233-5.