

Fibromialgia y Depresión. una Revisión Documental de su Influencia en el Aumento del Dolor.

Pérez Palacio Angie Carolina¹, Osorno Montoya Johan Sebastián² &
Gallego-Tavera, Sindy Yuliana^{1(*)}

¹Vicerrectoría de Investigaciones, Grupo GORAS, Universidad Católica Luis Amigó,
Facultad de psicología, Medellín, Colombia.

²Méndez y Newton S.A.S.

RESUMEN

La fibromialgia es un síndrome crónico, caracterizado por el dolor agudo y difuso que causa deterioro significativo en las diferentes áreas de la vida de la persona enferma. De hecho, algunos factores físicos, biológicos y psicológicos tienen una creciente influencia en el transcurso de la enfermedad, en el aumento del dolor y gran impacto en la calidad de vida. Uno de los factores psicológicos destacados y que se aborda en la discusión es la depresión, teniendo en cuenta que puede mediar en la aparición del dolor. El objetivo de este artículo es hacer una revisión teórica, sobre la relación entre la fibromialgia y la depresión y su incidencia en el aumento del dolor.

Palabras clave: Fibromialgia; Depresión; Calidad de Vida; Dolor.

Fibromyalgia and depression. A literature review of its influence on increased pain.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic syndrome, characterized by pain acute and diffuse that causes significant deterioration in different areas of the life of the sick person. In fact, some factors physical, biological and psychological have an increasing influence during the disease, on the increase of the pain and a great impact on the quality of life. One of the psychological factors highlighted and addressed in this discussion is the depression, considering that it can mediate the onset of pain. The objective of this article is to perform a theoretical review about the relationship between fibromyalgia and depression and its incidence in increasing pain.

Keywords: Fibromyalgia; Depression; Quality of Life; Pain

Recibido: 15/10/2020 Aceptado: 24/02/2020
Correspondencia: (*) sindy.gallegota@amigo.edu.co

1. INTRODUCCIÓN

Si bien hace algunos años se consideraba que la Fibromialgia (FM) era un síntoma de un trastorno mental principal o una enfermedad psicósomática (Kroenke, 2007), en la actualidad se define como una condición crónica, cuyo principal síntoma es el dolor generalizado y difuso. Por lo tanto, este es atribuido a un desorden muscular inflamatorio que se explica como una desregulación del procesamiento del dolor en el sistema nervioso central (Lledó et al., 2016). Asimismo, factores biológicos, físicos, psicológicos y psiquiátricos tienen una gran influencia tanto en el inicio, como en el mantenimiento de la enfermedad (Kroenke, 2007). Entre uno de los factores psiquiátricos y psicológicos más destacados se encuentra la depresión, la cual tiene una gran relación frente al aumento del dolor (Álvarez, 2015). Dicho dolor, es la característica principal de la Fibromialgia, el cual tiene un impacto negativo en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (Choy et al., 2010).

Conviene subrayar que diversas investigaciones demuestran que existe una correlación entre la depresión y la Fibromialgia. Un ejemplo de ello lo demuestra un estudio que arrojó resultados en los cuales pacientes con dolor crónico musculoesquelético tenía tres veces más probabilidades de cumplir con los criterios para un diagnóstico de depresión que aquellos que no lo tenían; además, encontró que el riesgo de depresión aumenta en paralelo con la mayor cantidad de dolor, síntomas o ubicaciones (Jun, 2015). Otros estudios constatan que trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad son patologías asociadas a la prevalencia de las personas con diagnóstico de fibromialgia, donde la aparición de estas aumenta y empeora la evolución de la enfermedad. Por si fuera poco, se utilizan antidepresivos para mejorar la calidad de vida de los pacientes y terapia psicológica para mejorar la ansiedad. Así pues, con estos dos métodos es posible conseguir una mejora del dolor (Revuelta et al., 2010).

Los problemas de depresión se encuentran entre los más estudiados en la determinación de la calidad de vida, debido a la gran interferencia que tienen para lograr un afrontamiento adecuado de los síntomas. Añádase que este tipo de patología determina que

una persona sienta más o menor dolor del que en realidad está experimentando, por las características mismas que componen la alteración (Jansen et al., 2011). La evidencia sugiere una correlación interesante, por lo tanto, es deseable estudiar sobre este tema, puesto que puede ampliar la información que hasta ahora se tiene y ahondar en la siguiente pregunta: ¿Cómo un factor psicológico puede tener influencia en enfermedades crónicas y afectación de la calidad de vida?

Así, en este artículo enuncio las formas como se contrastan dos patologías, de la misma manera, se expone una parte de la historia, la cual es un elemento importante para poder entender el curso de la enfermedad. Por consiguiente, los resultados que la presente investigación ha tratado de responder son: ¿Cuáles son las raíces teóricas de la fibromialgia? ¿Cómo un factor psicológico tiene incidencia en cuanto el aumento del dolor en SFM? ¿Cómo afecta la calidad de vida en los pacientes que la padecen? y ¿Cuáles son las características que componen las variables correlacionadas?

2. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes Históricos de la Fibromialgia

La fibromialgia ha adquirido cada vez una mayor relevancia a lo largo de la historia; en la actualidad, es considerada un problema de salud pública, ya que los costos de su tratamiento son muy elevados (Rivera et al., 2006). Ahora bien, para la consolidación de un concepto, ha atravesado por una serie de estudios y definiciones que, finalmente, dan lugar al término de hoy. La primera definición se describió en 1.815, por un cirujano de la Universidad de Edimburgo, William Balfour, quién la explicó como una aparición de nódulos en el músculo reumático. Más tarde, Robert Floriep, en 1.843, halló unas características con las que identificó algunas zonas corporales donde se producía dolor al palparlas moderadamente. Sin embargo, la literatura enuncia que la primera definición sería atribuida al neurólogo británico Sir Williams, el cual en el año 1903 le asigna el término de “fibrositis”. De ello resulta que se trataba de una inflamación del tejido fibroso (Inanici y Yunus, 2004). Luego en 1.990, la Academia Americana de Reumatología,

publica los primeros criterios diagnósticos consensuados (Rivera et al., 2006). Posteriormente, en 1976, Hensch utiliza el término “Fibromialgia” para destacar la importancia del dolor y la ausencia de datos inflamatorios localizados. No obstante, en la modernidad las definiciones se atribuyen al reumatólogo Smythe y al psiquiatra Harvey Moldofsky, por los estudios realizados desde el año 1977.

Unos años más tarde, en 1992, en la Declaración de Copenhague en Dinamarca, se reconoce la Fibromialgia como enfermedad por la OMS, tipificándola con el código M79.7 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (World Health Organization International Classification of Diseases, 1977). Luego, en 1994, se planteó como una enfermedad universalmente aceptada, con el reconocimiento dado por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (I.A.S.P.). Esta la clasificó dentro del grupo de Síndromes Relativamente Generalizados, en su apartado 9, como en primera estancia se había nombrado “Fibrositis”, o Síndrome de Dolor Miofacial Difuso, dándole el código X33 X8a (Rivas, 2013).

En sus inicios, se planteaba como una patología somática, al no identificarse inflamaciones en los puntos de dolor. Algunos autores, la nombraron como una enfermedad psicósomática; pero varias investigaciones refutaron la idea de una dolencia psicológica constante, con un cuadro de depresión o ansiedad. En consecuencia, una investigación realizada desde el año 2006 por algunos miembros del Hospital del Mar de Barcelona junto con el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), arrojó resultados donde los pacientes con fibromialgia presentan lesiones musculares e inflamación local en las zonas afectadas, especialmente, en los momentos de aparición o empeoramiento de una crisis. Hasta ese entonces aun no existían resultados para detectar evidencias físicas del dolor que sentido por los pacientes. Por lo tanto, la carencia de investigación de esa índole llevó a pensar que se considera como una enfermedad psicósomática y en vista de ello era tratado como sufrimiento físico causado por sufrimiento psíquico (Jano, 2009).

Finalmente, al ser un trastorno caracterizado por el dolor, algunas de sus clasificaciones se adscriben entre la categoría de trastornos somatomorfos,

cuyas características están constituidas por factores psicológicos, mediando la presencia de los síntomas. Esto indicaría que el dolor estaría producido intencionalmente por el paciente como en la somatización. De esta manera, se identifica que algunos síntomas no se explican medicamente y que producen malestar o alteración funcional clínicamente significativa. Además, algunos trastornos psiquiátricos o depresivos también pueden cursar con el aumento del dolor (Asociación Española de Psiquiatría-AEN, 2009; Sociedad Española de Psiquiatría-SEP, 2009).

2. Características fisiológicas, emocionales y psicológicas.

Para complementar el apartado anterior, se expone una definición reciente sobre la fibromialgia. Lledó et al. (2016) en su investigación la definen como: una condición crónica, cuyo síntoma principal es el dolor generalizado y difuso, atribuido a un desorden muscular inflamatorio, que se explica como una desregulación del procesamiento del dolor en el sistema nervioso central. Otros síntomas que también la componen son: alteraciones en el sueño reparador, fatiga, rigidez muscular y algunos problemas cognitivos y emocionales. Entre estos últimos cabe resaltar la depresión.

Según la Asociación Andaluza del Dolor y Asistencia Continuada en Málaga (2014), la fibromialgia la padece aproximadamente entre el 1 y el 4% de la población, sin embargo, la prevalencia es más alta en mujeres. En España se calcula que unas 800.000 personas sufren esta enfermedad. Es probable que se presente de manera aislada o asociada a otras enfermedades; como también existe la posibilidad de que los síntomas se agraven a través de los cambios de temperatura, hormonales o bien sea por el tiempo. De la misma manera, los avances científicos sugieren que existe una predisposición genética al exponerse a algunos factores ambientales (Batista et al., 2016).

El dolor que se siente en la fibromialgia es continuo y se extiende durante el día, además es variable y entre las horas de la mañana y la noche, se presenta con mucha más intensidad. En cuanto a la fatiga se da en el 70% de las personas diagnosticadas y por si fuera poco en esta población se suelen

presentar crisis de agotamiento que pueden durar de 1 a 2 días. No obstante, algunos de los pacientes pueden ser diagnosticados con fatiga crónica, en ellos el agotamiento y el dolor no se reduce o mejora cuando se descansa. De la misma manera, se acompaña de alteraciones del sueño las cuales son muy características de la fibromialgia. Igualmente, los autores nombran cinco grupos de síntomas, que se han considerado los más relevantes en esta patología, los cuales se resumen en síntomas sensoriales caracterizados por cosquilleos frecuentes en manos y piernas, además de hipersensibilidad sensorial (visual, auditiva, mareos, etc.). Por otro lado, se presentan síntomas físicos y motores, que se evidencian en rigidez generalizada o localizada al levantarse o en contracturas de los músculos, este tipo de síntomas causan un detrimento significativo en la calidad de vida. A su vez, se identifican síntomas vegetativos, en los cuales se experimenta una sensación de hinchazón en algunas áreas del cuerpo, en especial en las manos. También se presenta hipersudoración, calor intenso en el cuerpo, palpitaciones, sequedad de mucosas, mareo e inestabilidad. Al mismo tiempo, síntomas a nivel cognitivo traen algunas alteraciones en cuanto a la atención y concentración, pues se han identificado deficiencias en memoria a corto plazo y en la expresión verbal. Por último, se manifiestan síntomas afectivos que son representados en trastornos del estado de ánimo como la depresión, así como en episodios de ansiedad y estrés (Rivera et al., 2006, p.55-66).

Por otra parte, la depresión es definida como un trastorno psíquico habitualmente recurrente que causa una alteración del estado de ánimo y produce tristeza. A menudo se acompaña de ansiedad y otros síntomas psíquicos tales como: inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío), agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, así como síntomas somáticos diversos (Almuneda, 2009). Adicionalmente es una de las enfermedades mentales más comunes; puesto que afecta a más del 10% de la población. Un creciente cuerpo de evidencia sugiere una comorbilidad donde se superponen los síntomas y la debilidad entre la

depresión y la fibromialgia (Gracely, Ceko, & Bushnell, 2012).

Según lo enuncia Guarch y Navarro (2018) la prevalencia de la depresión varía discretamente de una zona del mundo a otra. Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) las tasas más bajas de este trastorno se pueden identificar en la Región del Pacífico Occidental (3,6 individuos por cada 100 habitantes) y las más elevadas en África (5,4 por cada 100 habitantes). Aun así, los trastornos depresivos son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres. Además, la prevalencia también cuenta con variaciones según la edad. A mayor edad, más riesgo de padecer este tipo de enfermedades. La incidencia más alta se da entre mujeres mayores de 55 años (7,5 por cada 100). Es importante agregar que los trastornos depresivos también afectan a los niños y adolescentes, aunque su prevalencia es menor que entre los adultos (párr. 9).

3 Relación entre la Fibromialgia y la depresión.

Existen diversos factores psicológicos los cuales se ligan a la Fibromialgia e influyen en el curso de la enfermedad y aumento dolor que experimentan las personas que la padecen; uno de los más característicos y el cual se ha abordado a lo largo del artículo es la depresión, que incide de forma significativa. Por ello algunos de los medicamentos que se formulan a los pacientes son antidepresivos tricíclicos. Ahora bien, Rivera et al. (2006) explica que este tipo de medicación ayuda a mejorar el dolor, la calidad del sueño y la sensación de bienestar, además de la fatiga y en el número de puntos dolorosos, aunque en mejor medida en estos últimos. No obstante, producen una mejoría en el 30% de los individuos a corto plazo. Por otro lado, también se utilizan inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, como por ejemplo la fluoxetina que ayuda a mitigar los síntomas depresivos, pero apenas reduce el dolor (p.62).

Sin lugar a duda la depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes y causa mayor preocupación en los pacientes con fibromialgia. Por ello en las investigaciones es difícil hablar de uno sin en algún apartado mencionar al otro. Dicho esto, desde el año 1.990, cuando la Academia Ame-

ricana de Reumatología (American College of Rheumatology - ACR) estableció los diferentes criterios para especificar la fibromialgia, entre ellos indicó la presencia de antecedentes depresivos en pacientes con fibromialgia. Más adelante en investigaciones posteriores, Gormsen et al. (2010) refieren que los porcentajes de depresión encontrados son siempre muy superiores a los informados en otros pacientes de dolor crónico.

No estaría por demás traer a colación algunos resultados de estudios. En una investigación que se realizó con una adaptación del cuestionario de depresión de Beck el cual fue aplicado a una muestra de 300 pacientes con fibromialgia, se obtuvo niveles de gravedad de la muestra en depresión, de acuerdo a los criterios de Beck et al. (1988). La mayor parte de los participantes tenía niveles leves (36%) o moderados (38%) de depresión y solo un 13% de la muestra tendría un nivel normal de estado de ánimo y, a su vez, el mismo porcentaje de personas (13%) presentaba un nivel grave de depresión (Comeche et al., 2012). Otra investigación más reciente, en la cual, a través de algunos datos de registros médicos de 38,976 pacientes, entre edades de 18 años en adelante con un encuentro de atención primaria entre el 1 de julio de 2008 y el 30 de junio de 2016 y por medio de La Clasificación Internacional de Enfermedades: contando con 9 códigos; se definió la fibromialgia, los diagnósticos psiquiátricos y las diferentes afecciones asociadas con el dolor crónico. Las asociaciones que no se ajustaban a la demografía, las condiciones comórbidas y la fibromialgia se calcularon por medio de regresión logística binaria para toda la muestra y por separado por género. Los resultados obtenidos demuestran que el 4.6% de la muestra tenía un diagnóstico de fibromialgia, de los cuales el 76.1% eran mujeres. Lo que indica que condiciones comórbidas fueron más prevalentes entre pacientes con y sin fibromialgia. La depresión se relacionó fuertemente con la FM entre las mujeres (Wan et al., 2019).

Concretamente, otros estudios añaden que los factores psicológicos en la patogénesis de la fibromialgia son controvertidos. Una explicación para determinar una mayor percepción del dolor en pacientes con fibromialgia y síntomas depresivos, es la tendencia de los pacientes deprimidos a adoptar estrategias de afrontamiento denominadas

como "catastróficas" (Aguglia et al., 2011). La catastrofización aumentaría la percepción de dolor a través de la modificación de la atención y la anticipación del dolor mismo, enfatizando las respuestas emocionales. La depresión y la catastrofización son críticas variables importantes para comprender la experiencia del dolor en pacientes con trastornos reumatológicos (Edwards et al., 2011).

Por otra parte, Chang et al. (2015) indican una asociación temporal bidireccional, entre la depresión y la FM. Cada enfermedad que ocurre primero puede aumentar el riesgo de la otra posteriormente. Una pronta intervención para la depresión o FM puede disminuir el riesgo de la otra a lo largo de la vida (p.897). Lo anterior puede dar cuenta de cómo un factor psicológico lo que en este caso la depresión, puede influir en una enfermedad crónica como lo es la fibromialgia.

4. Impacto en la calidad de vida

La comorbilidad entre estas patologías puede indicar la existencia de un detrimento en cuanto a la calidad de vida (CV). González et al. (2014) enuncian que "este síndrome de dolor crónico consume muchos recursos de las personas que lo padecen, tanto en tiempo, como en dinero y esfuerzo. Conlleva un gran desgaste físico y emocional, además de producir un gran gasto sanitario, por lo que es de vital importancia abordarla del modo más completo posible, para aliviar el sufrimiento físico y emocional de estas personas lo más rápido y adecuadamente posible" (p.32). Esto ayudaría a mejorar sus condiciones de vida y la calidad de esta. Además, se dice que es una de las enfermedades reumáticas que tienen más impacto en CV y alteraciones del sueño y la depresión acompañarían de forma significativa al dolor, empeorando así más la calidad de vida de los pacientes (Máñez et al., 2005).

A través de una entrevista realizada a 800 pacientes con fibromialgia de ocho países Francia, Alemania, Italia, México, Países Bajos, Corea del Sur, España y el Reino Unido. Por medio de una llamada telefónica y utilizando la tecnología de entrevista telefónica asistida por computadora (CATI). Al hacer énfasis en el grado de interrupción en su calidad de vida la mayoría de los pacientes manifes-

3. METODOLOGÍA

tó que los síntomas son extremadamente disruptivos, por esa razón fueron calificados como extremadamente perjudiciales por más de la mitad de los pacientes que informaron el síntoma. Lo que concluyó que la fibromialgia se caracteriza por múltiples síntomas, incluido el dolor, con un impacto notable en la calidad de vida y la funcionalidad (Choy et al., 2010). En contraposición, un estudio cualitativo de diseño fenomenológico interpretativo en cual 15 mujeres, con edades entre los 23 y los 60 años participaron. Los resultados de este evidenciaron que la intensidad de los síntomas, la interferencia del dolor crónico en actividades cotidianas, las alteraciones emocionales y las cogniciones negativas influyeron significativamente en su vida personal, familiar, social y laboral. Pero se concluye que por el impacto en la calidad de vida depende más de las estrategias de afrontamiento que el paciente adopte que de los síntomas de la enfermedad (Sanabria y Gers, 2018).

La fibromialgia clarifica que el dolor produce importantes limitaciones en cuanto a la realización de las actividades de la vida cotidiana. Así como los trastornos mentales son frecuentes en la sociedad y causan una alta discapacidad en los pacientes que los sufren. Lo mismo sucede con el dolor crónico que caracteriza a la fibromialgia, el cual limita y disminuye la calidad de vida de esa población (González et al., 2010). Sus efectos en CV se abordan en distintos estudios como el de (Breivik et al., 2006) donde se describe que las áreas frecuentemente afectas son: dormir, descansar, realizar tareas domésticas, caminar, desarrollar actividades sociales, trabajar fuera de casa, estilo de vida independiente, vida sexual, conducir y relacionarse con familiares y amigos. A su vez, Pinto et al., (2007, p.13) analizan el impacto que el dolor crónico y la comorbilidad psiquiátrica asociada tiene sobre la calidad de vida, allí se observa que las patologías mentales producen más discapacidad en estos enfermos que el dolor crónico. A la luz de lo anterior, algunos autores sugieren que los pacientes que acuden a las consultas a causa de dolor crónico, deberían ser evaluados para identificar la presencia de depresión y así optar por un tratamiento adecuado que mejoraría crecientemente la calidad de vida.

El desarrollo de esta investigación está basado en la reseña general de elementos que han marcado en la globalización. La búsqueda, selección, organización y análisis del material bibliográfico empleado en este artículo se sustenta en el tipo de investigación documental y se apoya en el enfoque cualitativo. En el material bibliográfico recopilado se emplearon un total de 90 textos producto de una exhaustiva búsqueda en bases de datos académicas tales 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. Los criterios básicos tenidos en cuenta en la selección de los documentos fueron: referentes normativos, políticos y programáticos adoptados por Colombia; hallazgos de investigaciones en el ámbito internacional y nacional; periodo de la publicación (1972-2019).

Para la estructuración y exploración del material, se hizo un listado de categorías donde se remitieron datos como: autor, año, referencia bibliográfica y país de publicación, conceptos básicos (globalización, migración, teléfono móvil, redes sociales, empleo, salario,...), características de las herramientas implementadas en el marco de las políticas de bilingüismo en Colombia; elementos relacionados con los aciertos, desaciertos, obstáculos y especificidades del contextos en el que se aplican dichas políticas. Como estrategia de trabajo se sirvieron de bases propias de un análisis documental el cual según Van Dijk (1995), consiste en implementar estructuras discursivas y significados, así como algunos aspectos u opiniones generales, teniendo en cuenta elementos psicológicos, cognitivos, contextuales e ideológicos, de ahí su complejidad interdisciplinaria.

4. RESULTADOS Y/O DISCUSIÓN

En concordancia con los planteamientos realizados por Rivera et al. (2006) y la literatura revisada, la fibromialgia 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.

Por otra parte, la depresión es uno de los trastor-

nos 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 fibromialgia (Jansen et al., 2011) por lo tanto influye significativamente en el aumento del dolor de las personas que han sido diagnosticadas con FM, lo cual reafirma la hipótesis generada al inicio de la investigación; sin embargo cabe resaltar que no es el único factor que puede aumentar el dolor, por si sola afecta la calidad de vida pero presente en el curso de la fibromialgia puede aumentar los diferentes síntomas. Otros de los factores encontrados que pueden contribuir a un agravamiento de los síntomas son: cambios de temperatura, hormonales, estado de ánimo, predisposición genética a cambios ambientales, etc., (Batista et al., 2016). Por dicha razón es importante mencionar que tanto factores biológicos, físicos, psicológicos y psiquiátricos contribuyen en la aparición como mantenimiento de la enfermedad (Kroenke, 2007).

Conviene subrayar que en cada persona existen unas particularidades, además es muy frecuente que el síndrome se acompañe de diferentes comorbilidades entre las más comunes se destaca la depresión y la ansiedad (Revuelta et al., 2010). 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.

Finalmente, se evidencia que las diferentes investigaciones abordan principalmente los síntomas, pero son muy pocas las que se enfocan en todo un proceso de intervención, lo cual debería ser una prioridad porque una pronta intervención en cualquiera de las dos patologías puede reducir el riesgo de la otra y a largo plazo se pueden esperar mejoras significativas en cuanto a calidad de vida (Chang et al., 2015)

5. CONCLUSIONES

A pesar de la evidencia científica obtenida sobre la fibromialgia, hace falta ahondar más sobre los aspectos que la componen, ya que es un tema interesante de tratar, pero aún es un campo de exploración médica por investigar a causa de la compleji-

dad que carga, al ser un síndrome tan particular y estar acompañado de otras patologías. Por fortuna la ciencia avanza rápido y es posible que cada vez se esté más cerca de encontrar fármacos realmente efectivos que puedan mitigar el dolor, así como intentar obtener más eficacia en la psicoterapia. Lo único que obstaculiza el proceso son las diferentes comorbilidades que se encuentran en cada caso, lo que indica que algunos pacientes no experimentan el dolor acompañado de los síntomas que la caracterizan con la misma intensidad que otros; ahí está la importancia de hacer un abordaje individual tanto como integral. Por otro lado, se puede evidenciar el alto impacto en cuanto a la calidad de vida de su población en general, lo que en consecuencia trae consigo un gran desgaste físico, psicológico y emocional en la persona.

Adicionalmente se encuentran altos costos y una gran cantidad de tiempo invertida en exámenes y especialidades, para finalmente llegar a un diagnóstico acertado pero no muy esperanzador sobre el padecimiento de esta, puesto que el dolor se reduce en poca medida pero no desaparece por los medicamentos recetados; además su estabilidad depende de las condiciones tanto físicas, emocionales o ambientales en las que la persona día a día se encuentre, esto puede empeorar algunos síntomas como el dolor y la fatiga que impiden un buen rendimiento en la cotidianidad. Asimismo, la aparición de la depresión puede agravar considerablemente los síntomas, como también tener una creciente influencia en torno al curso que tome la enfermedad. Ahora bien, aún falta mucho por investigar sobre la influencia de esta sobre la FM, pero se encuentra muy presente en el diagnóstico, de tal manera que en estas dos patologías la una puede aumentar el riesgo de la otra.

Por último, con base a la información recaudada a lo largo de la revisión teórica surgen una serie de interrogantes, algunos de ellos son: ¿Cómo se relaciona la fibromialgia con otros trastornos del estado de ánimo? ¿Qué tipo de corriente teórica en el campo de la psicología puede ser más efectiva en el proceso psicoterapéutico para los pacientes con FM? y ¿Cuál es la forma correcta de abordar un tratamiento en este tipo de población que pueda disminuir sus síntomas de forma significativa? Lo anterior es de gran importancia investigarlo en

▼ otros artículos e investigaciones posteriores.

▼ Además, se sugiere que en otros estudios se aborde el diseño de estrategias para esta población,

▼ que contribuyan a un mejoramiento en la calidad de vida y el bienestar psicológico. Aparte de

▼ no olvidar la importancia de un abordaje multidisciplinar y contemplar la idea de realizar el establecimiento de programas de prevención primaria para evitar la alta incidencia en la calidad de vida que esta patología puede causar, que a su vez reduciría el riesgo de la misma a mediano y largo plazo.

REFERENCIAS

- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *Journal of affective disorders*, 128(3), 262–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.004>
- Almuneda García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 5(84). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3106687>
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.004>
- Álvarez Morezuelas, M. (2015). Rasgos psicológicos y percepción del dolor en pacientes con fibromialgia [Tesis de Doctorado, Universidad de Oviedo,]. Repositorio Institucional –Universidad de Oviedo.
- Asociación Andaluza del Dolor y Asistencia Continuada. (2014, 3 enero). Fibromialgia: conceptos fundamentales. Asociación Andaluza del Dolor. <https://www.asociacionandaluzadeldolor.es/2014/01/03/fibromialgia-conceptos-fundamentales/>
- Asociación Española de Psiquiatría (AEN). (2009). Trastornos neuróticos [Libro electrónico]. En Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) (Ed.), *Manual del Residente en Psiquiatría* (Vol. 1, pp. 305-349).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Batista, E. D., Andretta, A., de Miranda, R. C., Nehring, J., Dos Santos Paiva, E., & Schieferdecker, M. E. (2016). Food intake assessment and quality of life in women with fibromyalgia. *Revista brasileira de reumatologia*, 56(2), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2015.08.015>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain* (London, England), 10(4), 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Comeche Moreno, M. I., Ortega Pardo, J., Rodríguez Muñoz, M., Díaz, M. I., & Vallejo Pareja, M. Á. (2012). Estructura y adecuación del Inventario de Depresión de Beck en pacientes con fibromialgia [Structure and adequacy of the Beck Depression Inventory in patients with fibromyalgia]. *Psicothema*, 24(4), 668–673.
- Chang, M. H., Hsu, J. W., Huang, K. L., Su, T. P., Bai, Y. M., Li, C. T., Yang, A. C., Chang, W. H., Chen, T. J., Tsai, S. J., & Chen, M. H. (2015). Bidirectional Association Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 16(9), 895–902. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.06.004>
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., & Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC health services research*, 10, 102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-102>
- Del Río, E., García, A., & Botella, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 19-35. https://www.researchgate.net/publication/261570512_Calidad_de_vida_en_fibromialgia_influencia_de_factores_fisicos_y_psicologicos
- Edwards, R. R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., & Haythornthwaite, J. A. (2011). Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature reviews. Rheumatology*, 7(4), 216–224. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European journal of pain* (London, England), 14(2), 127.e1–127.e1278. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.010>
- Gracely, R. H., Ceko, M., & Bushnell, M. C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain research and treatment*, 2012, 486590. <https://doi.org/10.1155/2012/486590>
- González, E., Elorza, J., & Failde, I. (2010). Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 295-300. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-295-300-553596.pdf>

- Guarch Domenech, J., & Navarro Odriozola, V. (2018, 3 abril). ¿Qué es el Trastorno Depresivo? | PortalCLÍNICA. Clínic Barcelona.
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo/definicion>
- Inanici, F., & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current pain and headache reports*, 8(5), 369–378.
<https://doi.org/10.1007/s11916-996-0010-6>
- Jansen, G. B., Linder, J., Ekholm, K. S., & Ekholm, J. (2011). Differences in symptoms, functioning, and quality of life between women on long-term sick-leave with musculoskeletal pain with and without concomitant depression. *Journal of*
- Cross, T. P., Mathews, B., Tonmyr, L., Scott, D., & Ouimet, C. (2012). Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence. *Child abuse & neglect*, 36(3), 210–216.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.11.004>
- multidisciplinary healthcare, 4, 281–292.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S21827>
- JANO. (2008). La fibromialgia tiene un origen orgánico, no psicossomático - JANO.es - ELSEVIER. *Jano.es Medicina y humanidades*. <https://www.jano.es/noticia-la-fibromialgia-tiene-un-origen-5435>
- Kroenke K. (2007). Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(4), 593–619.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.08.002>
- Li J. X. (2015). Pain and depression comorbidity: a preclinical perspective. *Behavioural brain research*, 276, 92–98.
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.04.042>
- Lledó Boyer, A., Fernández-Díez, E., Pastor Mirá, M. D. L. Á., López-Roig, S., Ibañez Ballesteros, J., & Sorinas Nerín, J. (2016). Disfunción del sistema autonómico y estado de salud percibido en la Fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 119.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499>
- Lledó Boyer, A., Fernández-Díez, E., Pastor Mirá, M. D. L. Á., López-Roig, S., Ibañez Ballesteros, J., & Sorinas Nerín, J. (2016). Disfunción del sistema autonómico y estado de salud percibido en la Fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 119.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.15499>
- Pinto, A., Haro, J., Palacin, C., Torres, J., Ochoa, S., Vilagut, G., Martínez, M., Condon, M., & Alonso, J. (2007). Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 12-20.
<http://public-files.prbb.org/publicacions/7054a0d0-0b5f-012e-a84a-000c293b26d5.pdf>
- Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., & Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326-332. <https://doi.org/10.1016/j.resed.2010.07.002>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A., & Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, S55-S66.
[https://doi.org/10.1016/s1699-258x\(06\)73084-4](https://doi.org/10.1016/s1699-258x(06)73084-4)
- Rivas Calvo, P. (2013). Punción Seca en pacientes con Fibromialgia: Análisis de su eficacia terapéutica [Tesis de Doctorado, Universidad de Cantabria]. Repositorio Institucional –Universidad de Cantabria.
- Smythe, H. A., & Moldofsky, H. (1977). Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bulletin on the rheumatic diseases*, 28(1), 928–931.
- Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., & Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326-332. <https://doi.org/10.1016/j.resed.2010.07.002>
- Sanabria Mazo, J., & Gers Estrada, M. (2018). IMPLICACIONES DEL DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON FIBROMIALGIA. *Psicología em Estudo*, 23, 81-91. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e38447>
- Wan, B., Gebauer, S., Salas, J., Jacobs, C. K., Breeden, M., & Scherrer, J. F. (2019). Gender-Stratified Prevalence of Psychiatric and Pain Diagnoses in a Primary Care Patient Sample with Fibromyalgia. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 20(11), 2129–2133. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz084>
- World Health Organization. (2012, 21 junio). Manual of the international statistical classification of disease, injuries, and causes of death. Based on the recommendations of the eighth revision conference, 1965, and adopted by the Nineteenth World Health Assembly. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70934>