

**EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE  
FIBROMIALGIA CON LA DEPRESIÓN,  
ANSIEDAD E INTENTO DE AUTOLISIS EN  
LA POBLACIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE  
SALUD DE VILLAJYOYA.**

CÓDIGO OIR: 221227081943



Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA  
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2021-2023**

**Alumna:** ANDREA ESTRADA HERRERA

**Tutor académico:** Dr. Bartolomé Pérez Gálvez.

**Presentación:** 7 septiembre 2023

**Título del Trabajo de Fin de Máster:**

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE FIBROMIALGIA CON LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INTENTO DE AUTOLISIS EN LA POBLACIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE VILLAJYOYOSA.

**Índice:**

- Título del proyecto e índice .....página 2
- Resumen, abstract y palabras clave.....página 3
- Introducción, justificación y objetivos.....página 5
- Material y métodos.....página 8
- Resultados.....página 11
- Discusión.....página 15
- Conclusiones.....página 16
- Bibliografía.....página 18
- Anexos .....página 21



## **Resumen:**

**Objetivos:** Establecer la relación entre fibromialgia y depresión, así como las características asociadas a esta patología en la población a estudio.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en la población perteneciente a la zona básica de Salud de Villajoyosa a partir de la recogida de datos de la historia clínica de los pacientes con diagnóstico activo de fibromialgia y de la entrega de diversos cuestionarios. Se realizó un análisis estadístico para comparar si el diagnóstico de depresión en los pacientes con fibromialgia estaba o no infradiagnosticado, así como un análisis de otras patologías psiquiátricas asociadas y de variables relacionadas con la fibromialgia.

**Resultados:** Del total de pacientes estudiados con diagnóstico de fibromialgia, con una media de edad de 61,72 años y siendo el 93,1% de sexo femenino, la coexistencia del diagnóstico de depresión era inicialmente de un 17,24% frente a un 75,86 % tras el análisis del primer cuestionario (p valor < 0,001). Del total de pacientes con resultado positivo para depresión, un 68,10 % presentaban clínica depresiva relevante frente al 31,80% con clínica que podría considerarse normal o leve. El 58,30% de los pacientes encuestados no presentaban riesgo de autolisis y de aquellos que sí lo presentaban ninguno tenía riesgo inminente de cometerlo (p valor 0,961). Respecto a la calidad de vida, lo más relevante es que el 76% de los pacientes habían presentado ansiedad en algún momento, cerca del 69% había mejorado del dolor tras el diagnóstico de fibromialgia y solo el 20% habían necesitado una baja laboral.

**Conclusiones:** La fibromialgia y la depresión son dos entidades que se asocian con mucha frecuencia a pesar de que el diagnóstico de depresión no está detectado correctamente en este grupo de pacientes. El riesgo de suicidio de los pacientes con fibromialgia es bajo, la asociación con la ansiedad es frecuente y la percepción de mejoría clínica del dolor tras el diagnóstico y tratamiento es elevada.

**Palabras clave:** *fibromialgia, depresión, autolisis.*

## **Abstract:**

**Objectives:** The aim of this study is to establish the relationship between fibromyalgia and depression, as well as the associated characteristics of this condition in the study population.

**Methodology:** A descriptive cross-sectional observational study was conducted in the population belonging to the Villajoyosa Health Basic Zone, based on data collected from the medical records of patients with an active diagnosis of fibromyalgia and the administration of various questionnaires. A statistical analysis was performed to compare whether the diagnosis of depression in patients with fibromyalgia was underdiagnosed or not, as well as an analysis of other associated psychiatric pathologies and variables related to fibromyalgia.

**Results:** Among the total number of patients studied with a diagnosis of fibromyalgia, with a mean age of 61.72 years and 93.1% being female, the coexistence of a diagnosis of depression was initially 17.24%, which increased to 75.86% after analyzing the first questionnaire (p-value < 0.001). Out of the patients with a positive result for depression, 68.10% exhibited relevant depressive symptoms, while 31.80% had symptoms that could be considered normal or low. 58.30% of the surveyed patients did not present a risk of self-injury, and among those who did, none had an imminent risk of committing it (p-value 0.961). Regarding quality of life, a significant finding is that 76% of the patients had experienced anxiety at some point, nearly 69% had improved in terms of pain following the diagnosis of fibromyalgia, and only 20% had required work leave.

**Conclusions:** Fibromyalgia and depression are frequently associated, despite the underdiagnosis of depression in this patient group. The suicide risk in patients with fibromyalgia is low, the association with anxiety is common and the perception of clinical improvement in pain after diagnosis and treatment is high.

**Keywords:** *fibromyalgia, depression, self-injury.*

## **Introducción, justificación y objetivos:**

La fibromialgia es un síndrome altamente complejo que cursa con dolor de forma crónica y generalizada junto a una amplia variedad de otros síntomas y signos. El diagnóstico se basa, exclusivamente, en la clínica que manifiesta el paciente, esto es, la existencia de dolor crónico y la presencia de aquel dolor desencadenado mediante la presión de los puntos sensibles que fueron establecidos por la ACR en 1990<sup>[1]</sup>, ya que, hasta ahora, se carece de datos objetivos analíticos, de imagen o anatomopatológicos específicos para el diagnóstico de fibromialgia.<sup>[2][13]</sup> Precisamente, dado que es una patología tan desconocida a nivel fisiopatológico, la mayoría de pacientes presentan excesivo número de tratamientos farmacológicos.<sup>[4][6][8]</sup>

La ACR5 estableció unos criterios de clasificación que se han utilizado ampliamente para diagnosticar la fibromialgia<sup>[11][19]</sup>. Estos criterios se basan en la presencia conjunta de dos hechos:

El primero de ellos es presentar una historia de dolor generalizado durante, al menos, tres meses y que además esté presente en todas las áreas siguientes: lado derecho e izquierdo del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y en el esqueleto axial (columna cervical, pared torácica anterior, columna dorsal o columna lumbar). En este primer supuesto, se cumplen las condiciones de dolor generalizado si existe dolor en alguna región del esqueleto axial y en, al menos, tres de los cuatro cuadrantes corporales (dividiendo el cuerpo con una línea vertical longitudinal que separe dos hemicuerpos derecho e izquierdo y una línea transversal que pase por la cintura y separe dos mitades superior e inferior) o, excepcionalmente, sólo dos si se trata de cuadrantes opuestos respecto a los dos ejes de división corporal.<sup>[13]</sup>

El segundo es el desencadenamiento del dolor a la presión de, al menos, 11 de los 18 puntos (9 pares, a los lados derecho e izquierdo del cuerpo) que corresponden a áreas muy sensibles para estímulos mecánicos, es decir, con bajo umbral para el dolor por estímulos mecánicos. Estos 18 (9 pares, derecho e izquierdo) puntos son los siguientes:

- Occipucio: A nivel de las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: A nivel de la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5- C7.
- Trapecio: A nivel del punto medio del borde posterior del músculo trapecio.

- Supraespinoso: En sus orígenes, por encima de la espina de la escápula y cerca de su borde medial.
- Segunda costilla: A nivel de la unión osteocondral.
- Epicóndilo: A nivel de 2cm distal y lateralmente del epicóndilo.
- Glúteo: A nivel del cuadrante supero-externo del glúteo.
- Trocánter mayor: A nivel de la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodilla: A nivel de la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.<sup>[10]</sup>

Se ha descrito una asociación de la fibromialgia con diversos problemas anímicos<sup>[5]</sup>, fundamentalmente con la depresión<sup>[1] [16] [17]</sup>, con una prevalencia significativamente mayor que en el resto de la población. De hecho, los datos existentes demuestran que un 68% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia también están diagnosticados de depresión, que hasta en un 30% de los pacientes fibromiálgicos han padecido depresión en algún momento de su evolución, y que hasta un 22 % de los casos cuentan con antecedentes depresivos. No obstante, la fibromialgia también se asocia a otros trastornos anímicos que no pasan desapercibidos: ansiedad, distimia (10%), trastorno por estrés postraumático, crisis de pánico (antecedentes en un 7% y presente en algún momento en un 16%), fobia simple (antecedente en un 12% y en algún momento de la evolución 16%), trastornos del sueño, intento de autolisis (Anexo II), etc.<sup>[7]</sup>

Por otro lado, esta interconexión entre dichas patologías hace probable que la mejoría de una provoque la mejoría de la otra y, por tanto, que el empeoramiento de una provoque el empeoramiento de la otra.<sup>[3] [9]</sup> Por ello, ante un paciente diagnosticado de fibromialgia es importante buscar el diagnóstico asociado de depresión e iniciar tratamiento para las mismas en el caso de que exista coexistencia, pues ha quedado demostrado que el tratamiento y la resolución de esta última puede conducir a una mejoría franca y aliviando de manera simultánea los síntomas clínicos del dolor.<sup>[12] [18]</sup>

Se debe mencionar que el estrés causado por el dolor y la fatiga de la fibromialgia producen ansiedad y aislamiento social.<sup>[18]</sup> Además, el dolor crónico profundo del músculo y los puntos sensibles dolorosos pueden derivar en una disminución de las actividades cotidianas, personales, sociales y laborales.<sup>[8]</sup> Esto a su vez genera que las personas diagnosticadas de fibromialgia pueden acabar padeciendo una depresión, la cual de manera simultánea aumenta el riesgo de deterioro progresivo en todos los ámbitos mencionados anteriormente, creándose de esta forma un círculo vicioso.

El impacto psicológico de la fibromialgia se evalúa en términos de impacto emocional, y mayoritariamente, se concreta en ansiedad y depresión, siendo la depresión la manifestación con más prevalencia. Para valorar el grado de depresión coexistente en dichos pacientes, se utiliza la escala BDI-2 <sup>[20]</sup> (Anexo I), donde en función de los resultados obtenidos en la escala, podemos diferenciar diferentes grados de depresión atendiendo a las puntuaciones obtenidas: cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen 6 grupos en función del grado de la misma: pacientes con altibajos anímicos considerados normales, con una leve perturbación del estado de ánimo, con estados de depresión intermitente, con depresión moderada, con depresión grave y con depresión extrema. <sup>[20]</sup>

En el aspecto del ámbito laboral el impacto de la fibromialgia parece estar fuertemente influido por la comorbilidad psicopatológica, siendo una realidad encontrada también en otros contextos en relación con la presencia de depresión. <sup>[14]</sup> <sup>[15]</sup> En España, las enfermedades musculoesqueléticas son una causa importante de incapacidad laboral, de modo que un alto porcentaje de pacientes con fibromialgia se encuentra actualmente en esta situación. Por tanto, y en relación con los costes totales que supone un problema de salud como la fibromialgia, de forma consistente, los de mayor peso son los relacionados con el impacto laboral, en términos de incapacidad laboral, absentismo laboral e incapacidad permanente antes de la jubilación.

Finalmente, y con respecto al impacto económico, las personas afectadas de fibromialgia utilizan una gran cantidad de recursos sanitarios con el consiguiente coste económico para el Sistema Nacional de Salud, es decir, el diagnóstico de fibromialgia suele asociar un incremento en la demanda y la asistencia sanitaria de los pacientes. <sup>[15]</sup> En el trabajo de Annemans et al. (2008) <sup>[21]</sup>, en el contexto de la atención primaria del Reino Unido, el diagnóstico de fibromialgia supuso un descenso significativo en la petición de pruebas, prescripción de fármacos y derivaciones a especialistas, comparado con la tendencia esperada en el caso de que ese diagnóstico no se hubiese realizado, y utilizando como referencia el uso de recursos sanitarios previo al mismo por parte de estos pacientes. Se observó un incremento inicial sobre lo esperado en el caso de las visitas a atención primaria en el primer año y medio posterior al diagnóstico, pero ese incremento fue seguido de un descenso significativo en torno a los dos y tres años. Todo ello supuso un ahorro debido, fundamentalmente, al descenso del número de pruebas diagnósticas y al

descenso de los costes asociados al consumo de medicamentos. Así pues, un mejor conocimiento de la fibromialgia puede facilitar un diagnóstico y tratamiento precoces, disminuyendo costes sanitarios. [21]

Dada la alta prevalencia actual de diagnósticos de fibromialgia y depresión en España, y con el objetivo principal de buscar su asociación para poder conseguir un abordaje conjunto de todas estas patologías y disminuir de este modo el impacto social, personal y laboral de dichas entidades y todas sus consecuencias secundarias anteriormente mencionadas, se propone la realización de este estudio que engloba a la población de la zona básica de salud de Villajoyosa. De manera secundaria, se pretende realizar un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de prevalencia, fundamentalmente por sexo y edad, de prevalencia de las patologías mencionadas, además de valorar la gravedad de la depresión, el aumento de riesgo de autolisis en dichos pacientes, diagnósticos psiquiátricos asociados tales como la ansiedad, la necesidad y grado de asistencia sanitaria en los pacientes diagnosticados de fibromialgia y su evolución tras el diagnóstico y tratamiento de la misma.

### **Material y métodos:**

**Diseño y sujetos del estudio:** Se trata de un estudio observacional descriptivo de tipo transversal. Se incluyen en el estudio los pacientes del Centro de Salud de Villajoyosa, con los diagnósticos que contienen codificados según CIE 10: fibromialgia y depresión.

**Recogida de datos:** Para realizar la recogida de datos se realizará una revisión sistemática de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Para ello se empleará el sistema Alumbra, un sistema de información útil para todos los departamentos de la Consellería de Sanidad que permite identificar pacientes con una determinada característica a estudiar, que en nuestro caso será el diagnóstico de fibromialgia y depresión.

Además, se realizarán encuestas a los pacientes que formen parte del estudio (ver Anexos) para su cumplimentación ya que a través de los mismos, se quiere conocer la presencia o no de depresión y el grado de la misma en caso de que exista, así como conocer si existe o no riesgo de autolisis (al realizar el cuestionario se valorará el riesgo de cometer suicidio y en caso afirmativo en qué grado) y conocer otro tipo de variables de



interés (asociación con ansiedad, necesidad en algún momento de su vida de solicitar una incapacidad temporal, aumento o no en la necesidad de acudir a Urgencias por su patología tras el diagnóstico, etc.)

El resto de datos y de fuentes de información diferentes procederán de bibliografía extraída mediante PudMed y otros metabuscadores.

**VARIABLES DEL ESTUDIO:** La variable central del estudio será el número de casos con diagnóstico de fibromialgia y depresión que desde Atención Primaria y Atención Continuada se han llevado a cabo y codificado a través de CIE-10. Se trata de una variable cuantitativa discreta.

- Fibromialgia (M 79.7)
- Depresión (F 32.9)

Además, se estudiará la asociación de dichas variables con otras incluidas en el estudio, citadas a continuación:

- Edad: diferenciando subgrupos según rango de edad. Variable cualitativa ordinal.
- Sexo: hombre o mujer. Variable cualitativa dicotómica.

Finalmente, se estudiarán además otras variables recogidas en los cuestionarios anexos:

- Variables estudiadas en el cuestionario Inventario de Depresión de Beck (BDI-2): Variables cualitativas politómicas.
- Variables estudiadas en el cuestionario Escala de suicidio SAD-PERSONS: Variables cualitativa dicotómicas.
- Variables estudiadas en el cuestionario individual: Variables cualitativa dicotómicas.

**Tamaño muestral:** Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizará la fórmula que estima la cantidad de pacientes a estudiar para el cálculo de proporciones, teniendo en cuenta la prevalencia de fibromialgia en la población española. En base a estos resultados, se ha estudiado a los pacientes pertenecientes al cupo de la autora de este trabajo con diagnóstico activo de fibromialgia.

**Análisis estadístico:** Se realizará un análisis descriptivo de los datos obtenidos a partir de los sistemas Alumbra y Abucasis. Teniendo en cuenta la n estudiada, se seleccionarán los 29 primeros pacientes con diagnóstico de fibromialgia y de ellos, se estudiará la coexistencia o no de diagnóstico de depresión asociado. Para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central y de dispersión oportunas. Dichos datos se exportarán en las bases de datos en formato Excel (software de Microsoft para Microsoft 365) y SPSS para Windows en su versión 26 (SPSS Inc. Chicago, IL, EE.UU.) para la realización posterior de representaciones.

Los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios para valorar la gravedad de la depresión o del riesgo de autolisis (Anexos I y II), así como el cuestionario personal a cada paciente con diagnóstico de fibromialgia (Anexo III), se analizarán a su vez mediante SPSS.

**Limitaciones del estudio:** La principal limitación del estudio que ver con el tamaño muestral, ya que se trata de una muestra de pacientes recogida únicamente a partir de los pacientes pertenecientes a un cupo concreto del Centro de Salud de Villajoyosa. Otro tipo de limitaciones que se pueden encontrar tienen que ver con los errores o sesgos a la hora de recoger o interpretar los datos. Además, se han excluido aquellos pacientes cuya patología no cumplía los requisitos para considerar el diagnóstico de fibromialgia (entre ellos a los pacientes con diagnóstico de dolor crónico ya que la causa del mismo puede ser multifactorial y no propiamente secundaria a fibromialgia)

**Aspectos éticos:** Se ha obtenido la autorización y certificado de la Oficina de Investigación Responsable del Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche con número de certificado de Código COIR. 221227081943.

Además, se ha solicitado autorización al Comité Ético del Hospital General Universitario de Alicante y autorización al coordinador médico del Centro de Salud donde se ha llevado a cabo el estudio.

Todos los pacientes han firmado el consentimiento informado por escrito. A su vez, se les ha proporcionado previamente una hoja de información al paciente y se les ha indicado la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento previamente firmado.

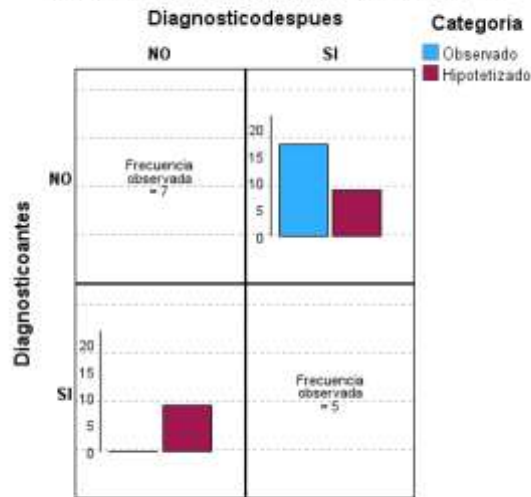
### **Resultados:**

Para comenzar a analizar los resultados obtenidos y respecto a las variables cualitativas la media de edad de la muestra fue de 61,72 (D.S. 12,18) Con respecto al sexo, un 6,9% eran hombres mientras que el 93,1% eran mujeres.

Del total de los pacientes estudiados con diagnóstico de fibromialgia, solamente un 17,24% tenían el diagnóstico de depresión registrado en la historia clínica, mientras que el 24,4% de los sujetos tenían el de ansiedad.

No obstante, a pesar de que solamente el 17,24% de los sujetos tuvieran el diagnóstico de depresión registrado en su historia clínica y asociado al de fibromialgia, a la hora analizar el primer cuestionario “Escala de Depresión de Beck” (Anexo I) se detectó que hasta un 75,86 % de los sujetos tenían síntomas que sugerían un diagnóstico de depresión. Se realizó un análisis comparativo de ambas variables entre dos muestras relacionadas o pareadas nominales binarias (presencia o ausencia del diagnóstico de depresión antes y después del cuestionario) a partir de la prueba del McNemar, obteniéndose un p valor de  $<0,001$ , por lo que se demostró que sí que existían diferencias significativas entre los pacientes con fibromialgia que inicialmente también tenían registrado el diagnóstico de depresión entre aquellos que realmente tenían clínica sugestiva de depresión pero no la tenían diagnosticada. Es decir, existe suficiente evidencia para afirmar que se puede aceptar la hipótesis alternativa de que el aumento en la cantidad de pacientes con diagnóstico de depresión después del cuestionario está relacionado de manera significativa con el diagnóstico de fibromialgia y rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) de que la proporción de pacientes con el diagnóstico de depresión y fibromialgia tras el cuestionario es igual a la proporción observada inicialmente.

Prueba de cambio de McNemar para muestras ...



Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig. <sup>a,b</sup>	Decisión
1	Las distribuciones de los diferentes valores entre Diagnostico antes y Diagnostico despues son igual de probables.	Prueba de cambio de McNemar para muestras relacionadas	<,001 <sup>c</sup>	Rechace la hipótesis nula.

a. El nivel de significación es de ,050.

b. Se muestra la significancia asintótica.

c. Se muestra la significación exacta para esta prueba.

Resumen de prueba de cambio McNemar de muestras relacionadas

N total	29
Estadístico de prueba	15,059 <sup>a</sup>
Grado de libertad	1
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<,001
Significación exacta (prueba bilateral)	,000

a. El valor p exacto se calcula en función de la distribución binomial porque hay 25 registros o menos.

Figura 1. Relación estadísticamente significativa a partir de la prueba de McNemar en la que se muestra una relación estadísticamente significativa fibromialgia y depresión tras el cuestionario.

En base a este cuestionario se pudo dividir a los sujetos con resultado positivo para clínica depresiva de aquellos con una puntuación normal (1-10 puntos), y por tanto un resultado negativo, analizando qué grado de depresión tenían los pacientes incluidos en el primer grupo.

		Puntuación		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Normal	1	4,5	4,5	4,5
	Leve	6	27,3	27,3	31,8
	Estado intermitente	5	22,7	22,7	54,5
	Depresión moderada	2	9,1	9,1	63,6
	Depresión grave	5	22,7	22,7	86,4
	Depresión extrema	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Figura 2. Diagrama de barras en el que se muestran el porcentaje según el grado de depresión a partir de la puntuación obtenida en el cuestionario de BDI-2.

De este modo se obtuvo que, del total de los pacientes encuestados con un resultado positivo tras el primero cuestionario, un 4,5% presentaban altibajos anímicos considerados normales y un 27,3% una leve perturbación del estado de ánimo. A partir de estos dos niveles se considera que los sujetos tienen cierto grado de depresión. Así, hasta un 22,7% tenía clínica que se correspondía a un estado de depresión intermitente, un 9,1% de depresión moderada, un 22,7% de depresión grave y un 13,6% de depresión extrema.

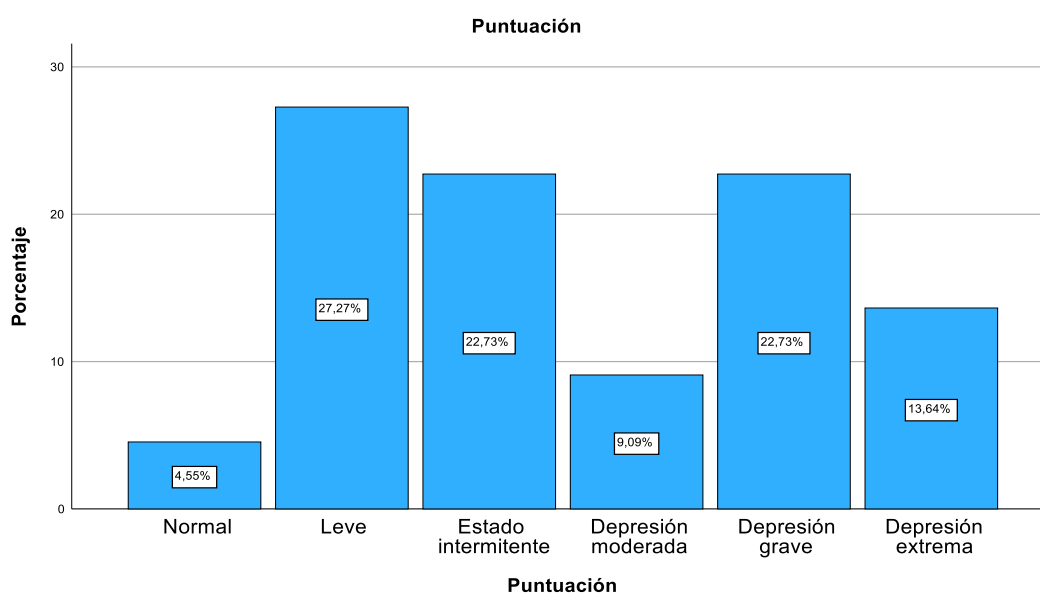
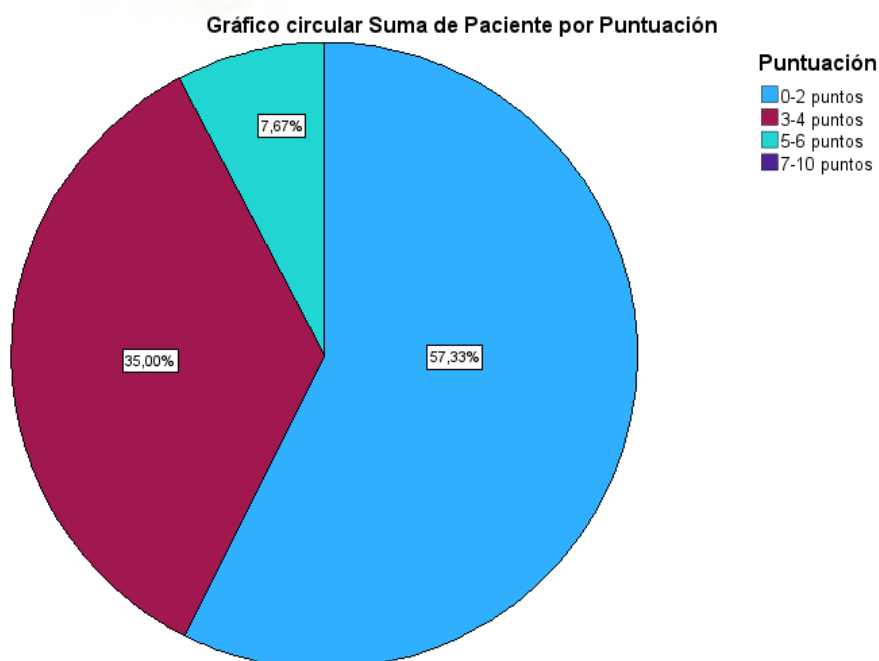


Figura 3. Diagrama de barras en el que se muestra el porcentaje según el grado de depresión a partir de la puntuación obtenida en el cuestionario de BDI-2.

El siguiente cuestionario que se les entregó a los pacientes fue la escala de riesgo de suicidio SAD PERSONS (Anexo II). Del total de los pacientes encuestados un 20,69 % no respondieron a este cuestionario (se desconoce el motivo). Del 79,31 % que sí que lo respondieron se obtuvo que solamente el 4,2% de los encuestados era varones, habían tenido un intento autolítico previo y eran consumidores de alcohol, un 70,8% tenían menos de 20 o más de 45 años, un 16,6% estaban diagnosticados previamente de depresión, ningún paciente había presentado alucinaciones o psicosis con anterioridad y tampoco tenía un plan de suicidio estructurado en el momento de realizar el cuestionario, un 8,3% carecían de apoyo familiar frente al 66,7% que tenían pareja en el momento de la encuesta y, finalmente, el 100% tenían al menos una enfermedad física asociada (en este caso todos ellos presentaban al menos fibromialgia).

Sumadas todas las puntuaciones finales el cuestionario fue negativo, y por tanto sin riesgo de autolisis, para el 57,33 % de los encuestados y positivo en el resto de sujetos, divididos a su vez en riesgo bajo (35%) y riesgo medio (7,67%) de suicidio. Se determinó que no existía ningún paciente cuya puntuación final del cuestionario supusiera un riesgo elevado e inminente de autolisis. (p valor 0,961)



*Figura 4. Gráfico circular en el que se representa el porcentaje de pacientes con riesgo de suicidio según la puntuación obtenida en el cuestionario a partir de la escala SAD PERSONS de riesgo de suicidio.*

Finalmente, el último cuestionario valoraba la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia y sus implicaciones a nivel social, económico y laboral.

El 68,97% de los encuestados contestaron que no tenían ningún tipo de trastorno anímico en ese momento. El 27,59% había sido diagnosticado en algún momento de su vida de depresión frente al 75,86% que había sido diagnosticado o tratado para la ansiedad. El 55,17% de los encuestados había incrementado la cantidad de veces que había tenido que acudir a su médico de atención primaria por el aumento del dolor tras el diagnóstico de la patología, solo el 6,10% de los pacientes habían acudido alguna vez a una unidad específica para la fibromialgia, el 6,90% admitía haber tenido alguna vez algún pensamiento autolítico y un 20,69% de los pacientes había necesitado solicitar alguna vez una baja laboral por esta enfermedad. Finalmente, la percepción de mejoría de la fibromialgia tras el diagnóstico y tratamiento de la misma fue positiva para el 68,97% de los encuestados.

### **Discusión:**

A partir de los datos obtenidos se puede comprobar como a pesar de que solamente un 17,24% de la población estudiada con diagnóstico de fibromialgia tuviera también asociado el diagnóstico de depresión, al realizar los cuestionarios se obtuvo que el número de pacientes diagnosticados de depresión asociada a la fibromialgia había aumentado en un 340%, lo que contribuye a la hipótesis de que ambas patologías se encuentran relacionadas y a que el diagnóstico de depresión se encuentra infradiagnosticado en los pacientes fibromiálgicos. Es decir, existe una diferencia en la proporción de pacientes con diagnóstico de depresión antes y después del cuestionario en la muestra de pacientes con fibromialgia y, por tanto, según los resultados obtenidos a partir del primer cuestionario, hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) de que la proporción de pacientes con ambos diagnósticos es mayor a la observada inicialmente.

Respecto al riesgo de intento autolítico determinado a partir del segundo cuestionario, se obtuvo que para el total de pacientes que respondieron al mismo, el riesgo de un intento autolítico era prácticamente inexistente en un 58,3% de la población estudiada y que ningún paciente tenía un alto riesgo de suicidio inminente que precisará intervención de inmediato.

Según la percepción de los pacientes con fibromialgia, la ansiedad se relacionaba más frecuentemente con su patología que la depresión, muy pocos pacientes habían acudido a una unidad específica con un equipo multidisciplinar encargado de tratar esta patología y, a pesar de que la fibromialgia es una de las principales causas de incapacidad temporal, solamente un 20% de los pacientes habían precisado de la misma en algún momento. Los resultados obtenidos apoyan la evidencia de que los pacientes con fibromialgia consumen una gran cantidad de recursos sanitarios al incrementar la demanda y asistencia sanitaria, pues más de la mitad de los pacientes estudiados habían tenido que acudir a su médico por el mal control del dolor. Sin embargo, tras el correcto diagnóstico y tratamiento de la misma, el 68,70% de los pacientes habían notado una mejoría de este.

### **Conclusiones:**

Existe una asociación frecuente entre la fibromialgia y la depresión en la población estudiada. La coexistencia de ambos diagnósticos fue significativamente alta, lo que resalta la importancia de considerar la salud mental en los pacientes con fibromialgia. El análisis estadístico reveló que existía un porcentaje considerable de pacientes con depresión no detectada previamente.

El riesgo de suicidio en los pacientes con fibromialgia fue bajo. Aunque algunos pacientes mostraron síntomas de depresión, ninguno presentaba un riesgo inminente de autolisis. Sin embargo, se debe tener en cuenta la importancia de evaluar y abordar cualquier riesgo suicida potencial en pacientes con fibromialgia y depresión.

La ansiedad es una condición común en los pacientes con fibromialgia, pues un alto porcentaje de pacientes informó haberla experimentado en algún momento de su vida.

Muchos pacientes experimentaron mejoría en el dolor después del diagnóstico de fibromialgia. Casi el 69% de los pacientes informaron mejoras en términos de dolor, lo que sugiere que el diagnóstico y el tratamiento adecuados pueden tener un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia.

Es importante una evaluación integral que considere tanto los aspectos físicos, como el dolor, como aquellos emocionales en el manejo de pacientes con fibromialgia. El diagnóstico temprano y preciso de la depresión, la atención a la ansiedad y la



implementación de estrategias de manejo adecuadas pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia.



## **Bibliografía:**

1. Marino C, Grimaldi M, Sabatini P, Amato P, Pallavicino A, Ricciardelli C, et al. Fibromyalgia and Depression in Women: An 1H-NMR Metabolomic Study. *Metabolites* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Feb 28];11(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34209136/>
2. Gendelman O, Amital H, Bar-On Y, Ben-Ami Shor D, Amital D, Tiosano S, et al. Time to diagnosis of fibromyalgia and factors associated with delayed diagnosis in primary care. *Best practice & research Clinical rheumatology* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2022 Feb 28];32(4):489–99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31174818/>
3. Higgs JB. Fibromyalgia in Primary Care. *Primary Care - Clinics in Office Practice*. 2018 Jun 1;45(2):325–41.
4. Gota CE. Fibromyalgia: Recognition and Management in the Primary Care Office. *Medical Clinics of North America*. 2021 Mar 1;105(2):285–96.
5. Sancassiani F, Machado S, Ruggiero V, Cacace E, Carmassi C, Gesi C, et al. The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *International Review of Psychiatry*. 2017 Sep 3;29(5):473–88.
6. Ciaramella A, Silvestri S, Pozzolini V, Federici M, Carli G. A retrospective observational study comparing somatosensory amplification in fibromyalgia, chronic pain, psychiatric disorders and healthy subjects. *Scandinavian journal of pain* [Internet]. 2021 Apr 27 [cited 2022 Feb 28];21(2):317–29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34387956>
7. Gündüz N, Polat A, Erzincan E, Turan H, Sade I, Tural Ü. Psychiatric comorbidity and childhood trauma in fibromyalgia syndrome. *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation* [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 28];64(2):91–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31453497/>

8. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *International journal of molecular sciences* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Feb 28];21(21):1–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33114203/>
9. Lichtenstein A, Tiosano S, Amital H. The complexities of fibromyalgia and its comorbidities. *Current opinion in rheumatology* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Feb 28];30(1):94–100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29040155/>
10. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The journal of pain* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2022 Feb 28];20(6):611–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30453109/>
11. Häuser W, Sarzi-Puttini P, Fitzcharles MA. Fibromyalgia syndrome: Under-, over-, and misdiagnosis. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2019;37(1):S90–7.
12. Krasselt M, Baerwald C. Fibromyalgia: current recommendations for diagnosis and therapy. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2018 Aug 1;143(15):1103–8.
13. Siracusa R, di Paola R, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021 Apr 2;22(8).
14. Yalcin I, Barrot M. The anxiodepressive comorbidity in chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2014 Oct 1;27(5):520–7.
15. Kremer M, Becker LJ, Barrot M, Yalcin I. How to study anxiety and depression in rodent models of chronic pain? *The European journal of neuroscience* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Feb 28];53(1):236–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31985104/>
16. Loganathan M, Ladani A, Lippmann S. Fibromyalgia, Sjogren's & depression: linked? *Postgraduate medicine* [Internet]. 2020 Oct 2 [cited 2022 Feb 28];132(7):575–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32314938/>

17. Ansari AH, Pal A, Ramamurthy A, Kabat M, Jain S, Kumar S. Fibromyalgia Pain and Depression: An Update on the Role of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *ACS Chemical Neuroscience*. 2021 Jan 20;12(2):256–70.
18. Bidari A, Moazen-Zadeh E, Ghavidel-Parsa B, Rahmani S, Hosseini S, Hassankhani A. Comparing duloxetine and pregabalin for treatment of pain and depression in women with fibromyalgia: an open-label randomized clinical trial. *DARU, Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2019 Jun 1;27(1):149–58.
19. Häuser W, Fitzcharles MA. Facts and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018 Mar 1;20(1):53–62.
20. Sanz J, Garcia-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anal. Psicol.* [Internet]. 2013;29(1):66-75. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000100008&lng=es&nrm=iso](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100008&lng=es&nrm=iso)
21. Annemans L, Wessely S, Spaepen E, Caekelbergh K, Caubère JP, Le Lay K, Taïeb C. Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. 2008 Mar;58(3):895-902.

## ANEXOS:

### ANEXO I: Escala de depresión de Beck (BDI-2)

<b>Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)</b>	
Nombre y Apellidos:..... Edad:..... Sexo:..... Fecha:.....	
<i>Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)</i>	
<b>1 Tristeza</b>	
0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	
<b>2 Pesimismo</b>	
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	
<b>3 Fracaso</b>	
0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.	
<b>4 Pérdida de Placer</b>	
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
<b>5 Sentimientos de Culpa</b>	
0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.	
<b>6 Sentimientos de Castigo</b>	
0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.	
<b>7 Disconformidad con uno mismo.</b>	
0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.	
<b>8 Autocrítica</b>	
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	

<b>9 Pensamientos o Deseos suicidas</b>
0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
<b>10 Llanto</b>
0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez. 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
<b>11 Agitación</b>
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
<b>12 Pérdida de interés</b>
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.
<b>13 Indecisión</b>
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
<b>14 Desvalorización</b>
0 No siento que yo no sea valioso. 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.
<b>15 Pérdida de Energía</b>
0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
<b>16 Cambios en los Hábitos de Sueño</b>
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
<b>17 Irritabilidad</b>
0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.
<b>18 Cambios en el Apetito</b>
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el día.
<b>19 Dificultad de Concentración</b>
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

<b>20 Cansancio o Fatiga</b>
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
<b>21 Pérdida de Interés en el Sexo</b>
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.
Puntuación total .....



**ANEXO II: Escala de riesgo de suicidio SAD PERSONS**

Escala SAD PERSONS de Riesgo de suicidio		
Nombre y Apellidos:..... Edad:..... Sexo..... Fecha:.....		
<i>Instrucciones: Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más a lo que ha sentido o experimentado durante el último año.</i>		
Sexo masculino	SI	NO
Edad <20 años o > 45 años	SI	NO
Diagnóstico de depresión	SI	NO
Intentos previos de suicidio	SI	NO
Abuso de alcohol	SI	NO
Pérdida de pensamiento racional (alucinaciones, psicosis, etc.)	SI	NO
Carencia de apoyo social/familiar	SI	NO
¿Tiene un plan organizado de suicidio?	SI	NO
¿Tiene pareja o cónyuge?	SI	NO
¿Padece alguna enfermedad física?	SI	NO





**ANEXO III: Cuestionario personal**

<b>Cuestionario personal</b>	
Nombre y Apellidos:..... Edad:..... Sexo..... Fecha:.....	
<i>Instrucciones: Por favor, rellene los siguientes aspectos del cuestionario marcando SI o NO según corresponda.</i>	
<b>¿Padece usted, además de la fibromialgia, algún diagnóstico de tipo anímico?</b> SI/NO	
<b>¿Ha sido diagnosticado/a o tratado/a alguna vez en su vida para la depresión?</b> SI/NO	
<b>¿Ha sido diagnosticado/a o tratado/a alguna vez en su vida para la ansiedad?</b> SI/NO	
<b>Desde que se le ha diagnosticado la fibromialgia, ¿ha incrementado la cantidad de veces que ha tenido que acudir al médico de atención primaria por el aumento del dolor?</b> SI/NO	
<b>Desde el diagnóstico de fibromialgia, ¿alguna vez ha realizado o pensado en realizar un intento de suicidio?</b> SI/NO	
<b>¿Considera que el dolor que padecía ha mejorado tras el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia?</b> SI/NO	
<b>¿Ha acudido alguna vez a una Unidad específica para pacientes diagnosticados de fibromialgia?</b> (Por ejemplo, Unidad de San Vicente) SI/NO	
<b>¿Alguna vez ha tenido que solicitar una Incapacidad Temporal por la fibromialgia?</b> SI/NO	