



Sociedad Española de Reumatología - Colegio Mexicano de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Original

## Perfil de pacientes con fibromialgia que acuden a los centros de atención primaria en Terrassa



Teresa Mur Martí<sup>a,\*</sup>, Montse Llordés Llordés<sup>b</sup>, Mercè Custal Jordà<sup>c</sup>, Gemma López Juan<sup>d</sup> y Silvia Martínez Pardo<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia, Centro Atención Primaria Rubí 1, Mútua Terrassa, Rubí, Barcelona, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia, Centro Atención Primaria Terrassa Sud, Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>c</sup> Medicina de Familia, Centro Atención Primaria Rambla, Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>d</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Terrassa Sud, Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>e</sup> Servicio Reumatología, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 16 de diciembre de 2015

Aceptado el 13 de mayo de 2016

On-line el 29 de junio de 2016

#### Palabras clave:

Fibromialgia  
Atención primaria  
Comorbilidad

### R E S U M E N

**Objetivo:** Realizar una amplia caracterización clínica y epidemiológica de nuestra población afectada de fibromialgia.

**Pacientes, material y método:** Estudio observacional a lo largo de 2 años realizado en 3 centros de atención primaria de Terrassa. Muestra de 235 personas diagnosticadas de fibromialgia visitadas en consultas de atención primaria o de reumatología a las que se ofrece la asistencia al programa multidisciplinar y aceptan completar los datos iniciales del programa. Las mediciones principales fueron: datos sociodemográficos; hábitos tóxicos y ejercicio físico; comorbilidades; tratamientos para la fibromialgia; cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ); escala hospitalaria de ansiedad-depresión (HADS), y cuestionario de funcionalidad familiar (APGAR familiar).

**Principales resultados:** El 97,8% son mujeres; edad media, 54,6 años. Predominio de pacientes con estudios primarios y en situación de baja laboral. El 94% tienen comorbilidad asociada y solo el 3% no consumen ningún fármaco para su patología, a la vez que hay un elevado consumo de fármacos sin evidencia de efectividad en la fibromialgia. La mayoría puntúan como nivel moderado en el cuestionario de Impacto de la fibromialgia (FIQ); tienen patología ansiosa y/o depresiva probable en el 63 y el 53%, respectivamente, según la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y soporte familiar correcto en el 62%, según el test APGAR familiar.

**Conclusiones:** Se confirman como datos principales y coincidiendo con la bibliografía la gran prevalencia de la fibromialgia en mujeres, con elevada comorbilidad especialmente psiquiátrica-psicológica, con moderado impacto de la enfermedad y con importante consumo de fármacos sin eficacia demostrada.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Profile of patients with fibromyalgia being treated in primary care centers in Terrassa, a city in northeastern Spain

### A B S T R A C T

**Objective:** To perform an extensive clinical and epidemiological characterization of our fibromyalgia patients.

**Patients, material, and method:** Two-year observational study in 3 primary care centers in Terrassa, Spain. We recruited a sample of 235 individuals diagnosed with fibromyalgia being treated in primary care or rheumatology clinics who, when offered inclusion in a multidisciplinary program, agreed to provide the initial data we requested. The main measures were sociodemographic data, unhealthy habits and physical activity, comorbidities, treatment for fibromyalgia, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and a family functioning scale (family APGAR).

#### Keywords:

Fibromyalgia  
Primary care  
Comorbidity

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [tmm637@gmail.com](mailto:tmm637@gmail.com), [tmur@mutuaterrassa.es](mailto:tmur@mutuaterrassa.es) (T. Mur Martí).

**Main results:** In all, 97.8% were women and the average age was 54.6 years. Most of the patients had a primary school education and the majority was on sick leave. Ninety-four percent had associated comorbidity and only 3% were not taking any medication for their disease. Many were taking drugs with no proven efficacy in fibromyalgia. The majority had intermediate scores on the FIQ, the HADS showed that 63% and 53% had an anxious and/or probable depressive disorder, respectively, and, according to the family APGAR score, 62% received proper family support.

**Conclusions:** In agreement with the literature, the major findings in our fibromyalgia patients were a marked predominance of women, a high incidence of comorbidities—mainly psychiatric disorders—a moderate impact of the disease and widespread use of drugs with no demonstrated efficacy.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

## Introducción

La fibromialgia (FM) es una alteración caracterizada por la presencia de dolor crónico diseminado y con la palpación de localizaciones anatómicas definidas<sup>1</sup>. Incorporada en la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades de 1991 de la OMS como reumatismo no articular<sup>1,2</sup>, es la tercera enfermedad reumatológica más prevalente y una de las causas de dolor más frecuente, afectando un 2,4% de la población (1,5-3,2), con prevalencia máxima entre los 40 y los 49 años (4,9%), y es 6-8 veces más frecuente en mujeres<sup>1,2</sup>. Ocupa el 10-20% de las consultas reumatológicas y el 5-8% de las de atención primaria<sup>1</sup>. Los síntomas básicos son el dolor crónico y la fatiga o cansancio extremos. Pueden existir muchos otros síntomas, como alteraciones del sueño, rigidez muscular, cefaleas, colon irritable, extremidades frías, intolerancia a fármacos y sustancias químicas, sequedad de mucosas, micción frecuente y/o dolorosa, parestesias, mareos y problemas de concentración y memoria, que cada vez tienen más peso para el diagnóstico de FM, como lo reflejan los nuevos criterios preliminares elaborados en 2010 por el *American College of Rheumatology* (ACR)<sup>3</sup>, modificados posteriormente en 2011<sup>4</sup>. La FM es causa significativa de incapacidad para los pacientes y supone un elevado gasto económico, tanto directo en visitas médicas o fármacos como indirecto, en bajas laborales o incapacidades<sup>5-8</sup>. La principal alteración en la FM parece ser una sensibilización central del sistema de transmisión y elaboración del dolor de etiología desconocida. Entre los factores de riesgo conocidos para su desarrollo estarían el sexo (gran mayoría de mujeres), la agregación familiar (los familiares de primer grado tienen 8 veces más probabilidades de presentar FM que la población general) y la presencia previa de dolor regional crónico como cefalea, dolor lumbar, dolor miofascial o colon irritable, con los cuales además hay co-agregación familiar. Otros factores de riesgo podrían ser el estrés, la hepatitis C o antecedentes traumáticos físicos o psicológicos<sup>9-11</sup>. Los pacientes con FM suelen tener importante comorbilidad, y destaca la presencia de patología psiquiátrica o psicológica, con un debate abierto sobre si su presencia es equivalente a la que aparece en cualquier proceso con dolor crónico, o si la FM es una patología psiquiátrica<sup>12-14</sup>. En esta comorbilidad también podría influir la percepción de poco apoyo social general que tienen estos pacientes, siendo superior la percepción de apoyo familiar y de pareja<sup>15</sup>.

El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar desde el punto de vista epidemiológico y clínico una serie de personas con FM de nuestra área de referencia, haciendo especial énfasis en las comorbilidades, los tratamientos y el impacto de la enfermedad.

## Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en 3 centros de atención primaria (CAP) de Terrassa. La población

estudiada incluye a todas las personas que han asistido a la visita de acogida del Programa multidisciplinar y grupal de Atención a la Fibromialgia (PAF) a lo largo de algo más de 2 años (2011-2013). Todas han acudido previamente al servicio de Reumatología del Hospital Mútua de Terrassa, donde se confirma el diagnóstico de FM según criterios ACR de 1990. La asistencia es totalmente voluntaria, y se les solicita consentimiento oral para la explotación de sus datos, ofreciendo el tratamiento de los mismos de forma totalmente anónima y confidencial por parte de los investigadores del estudio. El cuaderno de recogida de datos (CRD) consta de: datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, número de hijos, etnia, estudios, ocupación laboral actual, categoría profesional, minusvalía); datos sobre hábitos (tabaquismo, consumo de alcohol y práctica de ejercicio físico habitual); datos de la enfermedad (años desde el inicio del dolor y de la fatiga, años desde el diagnóstico, consumo de fármacos para la FM, terapias alternativas, tratamiento en el momento de la entrevista y antecedentes familiares de FM), y registro de comorbilidad (patología crónica física o psicológica). La información se obtiene mediante la entrevista con los participantes y la revisión de la historia clínica informatizada. Los cuestionarios cumplimentados fueron: *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), que mide el impacto de la enfermedad en las actividades habituales de las personas afectadas y puntúa entre 0 y 100, siendo mayor puntuación reflejo de mayor impacto<sup>16</sup>; APGAR familiar (Adaptación, Participación, Crecimiento, Afectos, Recursos), que valora la percepción de apoyo familiar, catalogando la familia como funcionalmente normal si la puntuación es igual o superior a 7, sobre 10 máximo<sup>17</sup>, y *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), que valora la posible coexistencia de patología psiquiátrica tipo ansiedad y/o depresión, siendo muy probable con puntuación superior a 10 y poco probable por debajo de 8<sup>18</sup>. El CRD podía ser autocumplimentado, pero los pacientes contaban con el soporte constante de los organizadores del programa para solucionar dudas e incluso lo cumplimentaban conjuntamente si el nivel de estudios era muy bajo.

## Definiciones

**Fumador/fumadora:** persona que ha consumido al menos un cigarrillo al día durante el último año.

**Consumo de alcohol habitual:** persona que consume al menos una unidad básica estándar (UBE) de bebida alcohólica al día.

**Práctica de ejercicio físico habitual:** realización de al menos una hora de actividad física (no laboral) al día y al menos 3 días por semana.

**Enfermedad crónica concomitante o asociada:** cualquiera que constara en el historial de la paciente como proceso activo y de más de 3 meses de duración. Se consideraron: enfermedad física sintomática (artrosis, hipotiroidismo o hernias discales); enfermedad física asintomática (diabetes mellitus, hipertensión

**Tabla 1**  
Datos sociodemográficos de la población afectada de fibromialgia

Variables cuantitativas	Media ± DE
Edad (años)	54,64 ± 9,08
Variables cualitativas	n (%)
<b>Sexo</b>	
Hombre	5 (2,2)
Mujer	230 (97,8)
<b>Estado civil</b>	
Con pareja actual	181 (77,3)
Sin pareja actual	54 (22,7)
<b>Número de hijos</b>	
Ninguno	20 (8,5)
Uno	58 (24,6)
Dos	113 (48,0)
Tres o más	44 (18,7)
<b>Etnia caucásica</b>	
	232 (98,7)
<b>Estudios</b>	
Sin estudios o primaria incompleta	69 (29,3)
Estudios primarios completos	116 (49,3)
Bachillerato o Formación Profesional	41 (17,4)
Estudios universitarios	9 (3,8)
<b>Ocupación laboral actual</b>	
Activo	43 (18,3)
Invalidez o baja laboral	82 (34,9)
Ama de casa	40 (17,0)
Paro	30 (12,7)
Jubilación	27 (11,5)
Otros (estudiante, ayudas diversas)	13 (5,5)
<b>Categoría profesional</b>	
No procede	37 (15,7)
No cualificada	116 (49,4)
Cualificada	82 (34,9)
<b>Minusvalía sí</b>	
Tabaquismo sí	41 (17,4)
Consumo alcohol habitual sí	19 (8,0)
Ejercicio habitual sí	122 (51,9)

DE: desviación estándar.

o dislipidemia); enfermedad psiquiátrica-psicológica (depresión, ansiedad o fobias).

### Análisis estadístico

Análisis descriptivo, usando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para variables cuantitativas, con el paquete estadístico SPSS v.10 (Chicago, Illinois, EE. UU.).

### Resultados

Se recogieron los datos de 235 personas afectadas de FM, de las que a 295 se ofreció la participación en el programa multidisciplinar (aceptaron la asistencia el 80%).

Los datos sociodemográficos y sobre hábitos de salud se muestran en la [tabla 1](#). La media de edad fue de 54,64 ± 9,08 años, con un 97,8% de mujeres. El 48,1% tenían 2 hijos y el 18,7% tenían 3 o más. El 77,3% tenían pareja. La mayoría de nuestra población había completado estudios primarios (49,3%), y solo un 3,8% estudios universitarios. El 18,3% se hallaban laboralmente activos en el momento de la entrevista, la mayoría en trabajos no cualificados, mientras que casi un 40% estaban en situación de baja laboral o con una invalidez permanente. Un mínimo porcentaje había conseguido una minusvalía por otras causas. Teníamos un 21% de

**Tabla 2**  
Patología asociada y datos sobre la fibromialgia

Variables cualitativas	n (%)
<b>Años con dolor</b>	
1 año o menos	14 (5,9)
Entre 1 y 5 años	49 (20,8)
Entre 6 y 10 años	65 (27,6)
Más de 10 años	107 (45,5)
<b>Años con fatiga</b>	
1 año o menos	15 (6,3)
Entre 1 y 5 años	52 (22,1)
Entre 6 y 10 años	68 (28,9)
Más de 10 años	100 (42,5)
<b>Años desde diagnóstico</b>	
1 año o menos	35 (14,9)
Entre 1 y 5 años	70 (29,8)
Entre 6 y 10 años	63 (26,8)
Más de 10 años	67 (28,5)
<b>Consumo de fármacos</b>	
Ningún fármaco	7 (2,9)
5 o más fármacos	126 (53,6)
10 o más fármacos	24 (10,6)
<b>Terapias alternativas</b>	
Acupuntura	15 (6,3)
Homeopatía	17 (7,2)
Reflexoterapia	9 (3,8)
Fisioterapia	32 (13,6)
Más de una de ellas	51 (21,7)
Ninguna	111 (46,8)
<b>Tratamiento actual</b>	
Farmacológico	140 (59,1)
Psicológico	1 (0,4)
Programa multidisciplinar	12 (5,1)
Terapias alternativas	9 (3,8)
Otros	6 (2,5)
Más de uno de ellos	67 (28,5)
<b>Antecedentes familiares de fibromialgia</b>	
Madre	15 (16,1)
Hermana	11 (11,8)
Otros	14 (15,0)
<b>Patología asociada</b>	
Ninguna	16 (6,8)
Enfermedad física sintomática	190 (80,8)
Enfermedad física asintomática	179 (76,1)
Enfermedad psicológica-psiquiátrica	144 (61,2)
<b>Variables cuantitativas</b>	
	Media ± DE
Número de fármacos	5,20 ± 3,19

DE: desviación estándar.

fumadores, un 8% que consumían alcohol diariamente y un 52% que aseguraron realizar ejercicio físico (no laboral) de forma habitual.

Los resultados de los datos relacionados con la enfermedad y sobre comorbilidad se reflejan en la [tabla 2](#). La mayor parte de pacientes refería dolor (45,5%) y fatiga (42,5%) de más de 10 años de evolución, pero el 20% de estos tenían el diagnóstico desde hacía 5 años o menos. Solo un 2,9% de las personas no consumían ningún fármaco, y de hecho el tratamiento farmacológico era el único que realizaban el 59% de la muestra. La media de fármacos fue de 5,2. Un 3,8% estaban realizando alguna terapia alternativa en el momento de completar la recogida de datos, pero una proporción mucho mayor (53,2%) habían recurrido en algún momento a ellas. El 39,6% (93 personas) tenía un antecedente familiar de FM, siendo madre, hermana u otros en el 16,1, el 11,8 y el 15%, respectivamente, el familiar afectado, en los casos en que estaba recogido el dato. El 93,2% de las personas padecían una o más enfermedades asociadas.

En la [tabla 3](#) se especifica el tipo de fármacos que los pacientes habían recibido para el tratamiento de la FM o síntomas

**Tabla 3**  
Consumo de fármacos prescritos para la fibromialgia

Fármacos	n (%)
Antidepresivos tricíclicos (ADT)	22 (9,3)
Antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetina) (ADD)	81 (34,4)
Antidepresivos inhibidores selectivos recaptación serotonina (ISRS)	23 (9,7)
Anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina)	30 (12,7)
Tramadol	57 (24,2)
Opiáceos mayores (fentanilo, buprenorfina)	63 (26,8)
Ansiolíticos (diazepam, alprazolam, lorazepam, lormetazepam, clorazepato)	141 (60)
Paracetamol o AINE a dosis bajas (naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco)	76 (32,3)
AINE a dosis plenas (naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco)	91 (38,7)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

**Tabla 4**  
Cuestionarios Impacto de la enfermedad (FIQ), disfunción familiar (APGAR) y patología psiquiátrica asociada (HADS)

Cuestionario	n (%)	Media ± DE
<b>FIQ</b>		67,08 ± 12,76
FIQ impacto bajo	25 (10,6)	
FIQ impacto moderado	149 (63,4)	
FIQ impacto alto	61 (25,9)	
<b>APGAR</b>		7,18 ± 2,32
APGAR disfunción grave	16 (6,8)	
APGAR disfunción leve	72 (30,6)	
APGAR familia normofuncionante	147 (62,5)	
<b>HADS-A</b>		12,47 ± 4,35
HADS-A patología probable	150 (63,8)	
<b>HADS-D</b>		10,80 ± 4,64
HADS-D patología probable	125 (53,2)	

APGAR: Adaptación, Participación, Crecimiento, Afectos, Recursos; DE: desviación estándar; FIQ: *Fibromyalgia Impact Questionnaire*; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

relacionados con ella. Destaca el elevado consumo de ansiolíticos tipo benzodiazepínicos, que llega al 60%, al igual que el consumo de AINE, algo superior al 60%, y en cambio un bajo uso de tramadol (25%) dentro del plan terapéutico. Un 25% habían usado un opiáceo mayor. Los antidepresivos más prescritos eran los duales, en el 34,4% de los casos.

Los resultados de los cuestionarios FIQ, APGAR familiar y HADS se muestran en la [tabla 4](#). Algo más del 60% de las personas que se entrevistaron sufrían un impacto moderado en sus actividades de la vida diaria (puntuación FIQ = 50-75), con una media de 67,08 puntos. El 62,5% eran familias con funcionalidad normal según APGAR, con media de 7,18 puntos, pero detectamos un 6,8% de familias con disfunción grave. Respecto a la detección de patología psiquiátrica mediante la escala HADS, un 63,8% de las personas tenían ansiedad probable (más de 10 puntos en la escala HADS de ansiedad) y un 53,2%, depresión probable (más de 10 puntos en la escala HADS de depresión). La media de estos cuestionarios fue de 12,47 y 10,80 puntos, respectivamente.

## Discusión

La FM es una enfermedad prevalente y nuestro trabajo viene a corroborar muchos de los puntos que se han mostrado en estudios epidemiológicos en otros ámbitos, aunque la bibliografía en nuestro país es escasa y pocos trabajos recogen tantos datos como el nuestro. Se confirma la amplia prevalencia en mujeres, la comorbilidad con otras patologías crónicas, destacando los trastornos depresivos y/o ansiosos, el moderado-grave impacto de la enfermedad en las actividades cotidianas de las personas, el alto consumo de fármacos

sin eficacia demostrada en el tratamiento y la sensación de apoyo familiar elevado. La prevalencia en mujeres fue similar a la de la mayoría de estudios revisados, superando el 97%<sup>19-21</sup>. La media de edad fue similar a la de Junyent et al.<sup>20</sup> y Cerón et al.<sup>22</sup> (57,4 ± 10,7 y 54 años, respectivamente), pero superior a la de las poblaciones de Gobbo et al.<sup>21</sup>, Salgueiro et al.<sup>23</sup> y Docampo et al.<sup>19</sup> (alrededor de los 49-50 años). En la mayoría de trabajos destaca la baja proporción de personas con estudios universitarios (0,6% de Mas et al.)<sup>2</sup> y predominio de personas con estudios primarios completos (Martín-Aragón et al.<sup>24</sup> un 61%), como ocurre en nuestro caso. Algún autor en zonas concretas de nivel económico y cultural alto, como Docampo et al.<sup>19</sup> o Mayorga et al.<sup>15</sup>, halla un porcentaje bastante superior de universitarios. En otros trabajos existen elevados porcentajes de población con niveles de estudios muy bajos, como Bosch et al.<sup>25</sup>, con un 52,3% de personas con estudios primarios incompletos o sin estudios. El dato sobre personas activas es muy variable en la bibliografía, desde muy elevados porcentajes de personas que no trabajaban (89% de Cerón et al.)<sup>22</sup> a mayor proporción de población activa, como las muestras de Gobbo et al. (56%)<sup>21</sup>, Docampo et al. (80%)<sup>19</sup> o Junyent et al. (39%)<sup>20</sup>. Estos últimos autores tenían en su muestra un 15% de personas en situación de incapacidad laboral por su enfermedad, y Ubago et al.<sup>26</sup>, un 31,4% en la misma situación, porcentaje similar al nuestro. El estudio EPISER sobre enfermedades reumáticas realizado en toda España ya demostraba que el 15% de las personas con FM estaban discapacitadas laboralmente de forma transitoria o permanente<sup>27</sup>. Las diferencias en edad, nivel de estudios y ocupación evidenciadas en la bibliografía se explican fácilmente por las diferencias en las poblaciones donde se realizan los estudios y en la selección de las muestras (población de referencia, atención primaria o consultas especializadas, población atendida o no, etc.). No existen datos en la bibliografía para comparar los hábitos tóxicos de nuestros pacientes con FM. Respecto a la realización de ejercicio físico de forma habitual, ampliamente recomendado en esta población, Bosch et al.<sup>25</sup> refieren que el 46,2% de su muestra realizaban ejercicio físico, y un 51,5% en la de Ubago et al.<sup>26</sup>, datos aproximados a los nuestros (51,9%). El tiempo entre la aparición de síntomas y la realización del diagnóstico de FM es muy variable, desde los 4 años de media de Junyent et al.<sup>20</sup> hasta los más de 15 años de Martín-Aragón et al.<sup>24</sup>. Respecto al consumo de fármacos —tratamiento mayoritario en estos pacientes como hemos referido en nuestros resultados—, observamos que la mayoría del consumo de antidepresivos (AD) se decanta a los duales (venlafaxina, duloxetina), que en los estudios más recientes han demostrado eficacia sobre el dolor. Rivera et al.<sup>28</sup> parecen demostrar en su trabajo sobre estrategias de prescripción que la más efectiva sería la prescripción simultánea de un anticonvulsivante y un AD. Muchos estudios inciden en el elevado consumo de ansiolíticos, que se podría explicar por la elevada prevalencia de trastornos ansiosos asociados. Por citar alguno de estos estudios, Salgueiro et al.<sup>23</sup> destacan que un 90% de su muestra siguen un tratamiento farmacológico, pero que tan solo el 40% de estos puntúan positivamente el mismo. Bosch et al.<sup>25</sup> tienen también una gran mayoría de pacientes (92,3%) con fármacos, y el 28,3% toman más de 3. Por último, un 79,9% de la muestra de Ubago et al.<sup>26</sup> tomaban fármacos, destacando el 100% que tomaban un AINE o paracetamol, y un 49,1 y un 24,6% con AD y ansiolíticos, respectivamente. Un porcentaje no despreciable de nuestra muestra había realizado una terapia alternativa en algún momento de su enfermedad, y lo hicieron un 6,2% de los pacientes de Ubago et al.<sup>26</sup> y un 40% de la población de Salgueiro et al.<sup>23</sup>. La evidencia sobre la eficacia de estas terapias alternativas en la FM es de momento casi inexistente. Un aspecto relevante y del que existe más bibliografía es la comorbilidad en pacientes con FM, y especialmente la presencia de patología psiquiátrica-psicológica. En nuestro caso, un 6,8% no tenían ninguna enfermedad asociada, según su historial clínico y la entrevista. Junyent et al.<sup>20</sup> destacan la asociación con otras

enfermedades reumatológicas en un 56% de los casos, y Chamizo<sup>29</sup> halla una posible relación entre FM e infección vírica crónica (VIH-VHC), así como un riesgo aumentado de cáncer y de muerte accidental por el dolor general crónico, mientras que Mayorga et al.<sup>15</sup> encuentran elevada prevalencia de hipertensión arterial y de diabetes mellitus (64 y 43%, respectivamente) en su muestra. De nuevo en el estudio de Ubago et al.<sup>26</sup> encontramos referencia a la posible asociación con enfermedades endocrinas (25,9%), cardiovasculares (18,8%), reumáticas (15,2%) y ginecológicas (15,2%). La asociación con trastornos depresivos y/o ansiosos en estos pacientes es un tema ampliamente debatido, y como comentábamos en la introducción, no existe un claro acuerdo sobre si la depresión aparece como consecuencia de la enfermedad crónica, o si la FM formaría parte de las enfermedades psiquiátricas. En todo caso, la prevalencia de estos trastornos en pacientes con FM es muy elevada en toda la bibliografía revisada, a pesar del uso de instrumentos diferentes para dicha valoración. El estudio de prevalencia de trastornos mentales en Europa de 2004 (ESEMeD/MHEDEA)<sup>30</sup> refería mayor riesgo de depresión mayor a lo largo de la vida de pacientes con FM. En su revisión de estudios de 2010 Revuelta et al.<sup>13</sup> hallaban también mayor frecuencia de trastornos adaptativos con humor depresivo, distimia y trastorno depresivo mayor en pacientes con FM, así como de trastornos neuróticos (sobre todo trastorno de ansiedad generalizado y fobias). Mayorga et al.<sup>15</sup> tenían un 86% de pacientes con depresión y un 82% con ansiedad. Pareja et al.<sup>31</sup> detectan con el mismo cuestionario usado en nuestro trabajo, el HADS, un 25,5 y un 44% de pacientes con depresión y ansiedad, respectivamente, como problema clínico probable. Nuestra muestra alcanzó cifras algo superiores. Ubago et al.<sup>26</sup> tenían un 50,5% de su muestra con antecedente de enfermedad psiquiátrica, y un 36,4% la padecían en el momento de la entrevista. También Salgueiro et al.<sup>23</sup> detectaban elevadas puntuaciones en depresión y ansiedad con el cuestionario de síntomas SCL90-R. Arnold et al.<sup>12</sup>, que compararon pacientes con FM y pacientes sin la enfermedad, también obtenían más riesgo de comorbilidad psiquiátrica en el primer grupo, desde depresión mayor (61,5%) hasta trastorno mayor del humor (74%), trastorno de pánico (28,2%) y trastorno de ansiedad (60,3%). El Inventario de Depresión de Beck (BDI) ha sido usado en varios estudios. Pérez et al.<sup>32</sup> no hallan diferencias entre pacientes con FM, pacientes con dolor crónico de otra causa y pacientes sanos respecto a la presencia de depresión con BDI, pero sí en ansiedad con el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA), a favor de las personas con FM. Por último, Cerón et al.<sup>22</sup> comentan rasgos de personalidad en pacientes con FM, detectando como más frecuentes rasgo límite, rasgo obsesivo y rasgo histriónico. El impacto de la enfermedad en nuestra muestra se situó en la franja de impacto moderado (FIQ entre 50 y 75 puntos). Mayorga et al.<sup>15</sup> tienen una puntuación media de FIQ inferior (52,5 ± 10,36 puntos) y Gelman et al.<sup>33</sup>, algo superior (69,9 ± 12,5 puntos). Por último, los datos respecto al apoyo social coinciden con la mayoría de bibliografía, aunque la medida del mismo es muy distinta en unos y otros. Nosotros no evaluamos específicamente el apoyo institucional o social en global, ya que con el APGAR reflejábamos únicamente que la mayoría de familias tenían un buen funcionamiento, y ello podría ser reflejo de buen soporte a la persona con la enfermedad por parte de la familia. Por ejemplo, Ubago et al.<sup>26</sup> detectan buen soporte del entorno en el 71% de los casos y Mayorga et al. en el 50%. También Salgueiro et al.<sup>23</sup> refieren una valoración positiva del 48,9% de los afectados respecto al apoyo de la pareja, pero el 49,3% puntúan negativamente el entorno social más próximo.

En conclusión, enfermedad mayoritariamente femenina, con media de edad joven, con alta comorbilidad, sobre todo patología psicológica-psiquiátrica, con elevado consumo de fármacos e importante impacto de la enfermedad en la vida cotidiana.

Las limitaciones del estudio son las propias de los estudios observacionales transversales, especialmente la incapacidad de obtener relaciones causa-efecto de algunos factores, aunque no era nuestro objetivo. Por otra parte, la muestra presenta un sesgo de selección claro, ya que son personas con FM que en algún momento han acudido al CAP, a las que se ha ofrecido participación en el programa multidisciplinar, lo cual depende del profesional que las visita, y además han llegado a la visita de acogida. De todos modos, creemos que la muestra es bastante representativa de nuestra población dada la elevada frecuentación de estos pacientes comentada en la bibliografía. Lógicamente, los datos no son exactamente extrapolables a otras poblaciones, dado que es un área muy concreta de la comarca del Vallès Occidental, en Barcelona, pero aunque existe gran variabilidad de resultados en la bibliografía, varios de los que se han realizado en el ámbito de atención primaria reflejan similares tendencias en muchas de las variables recopiladas.

### 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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

### Bibliografía

- Montoya MG, Martín AP, Salio AM, Fuentes JV, Alberch EA, de la Cámara AG. Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38:108-20.
- Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: Results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26:519.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62:600-10.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: A modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011;38:1113-22.
- Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1997;40:1560-70.
- González E, Elorza J, Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010;38:295-300.
- Penrod JR, Bernatsky S, Adam V, Baron M, Dayan N, Dobkin PL. Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2004;31:1391-8.
- Rivera J, Rejas-Gutierrez J, Vallejo MA, Esteve-Vives J, de Salas-Cansado M. Prospective study of the use of healthcare resources and economic costs in patients with fibromyalgia after treatment in routine medical practice. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;30 6 Suppl 74:31-8.
- 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;11:662-74.
- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004;50:944-52.
- Hidalgo FJ. Fibromialgia. Consideraciones etiopatogénicas. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;18:342-50.
- Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1219-25.
- Revuelta Ervrad E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010;17:326-32.

14. Sarró S. Fibromialgia reumática: aspectos psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:392–6.
15. Mayorga Buiza MJ, Fernández Muñoz I, Bullón Barrera F, Morales Muñoz C, Herrera Silva J, Echevarría Moreno M. Impacto de un programa de educación sanitaria en pacientes con fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2010;17:227–32.
16. Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: A validated Spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2004;22:554–60.
17. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria.* 1996;18:289–96.
18. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:277–83.
19. Docampo E, Collado A, Escaramís G, Carbonell J, Rivera J, Vidal J, et al. Cluster analysis of clinical data identifies fibromyalgia subgroups. *PLoS One.* 2013;8:e74873.
20. Junyent Priu M, Benavides Ruiz A, Borrell Muñoz M, Sisó Almirall A, Herrero Camp J. Fibromialgia: un gran reto para la Atención Primaria. *SEMERGEN-Med Fam.* 2005;31:255–8.
21. Gobbo M, Esteve-Vives J, Rivera J, Vallejo MA, Lopez-González R, Grupo I. Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire: evaluación de la sensibilidad al cambio. *Reumatol Clin.* 2012;8:174–8.
22. Cerón Muñoz AM, Centelles Mañosa F, Abellana Senglà M, García Capel S. Fibromialgia y trastornos de personalidad. *SEMERGEN-Med Fam.* 2010;36:501–6.
23. Salgueiro M, Buesa I, Aira Z, Montoya P, Bilbao J, Azkue JJ. Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009;16:323–9.
24. Martín-Aragón Gelabert M, Pastor MA, Lledó A, López-Roig S, Terol MC, Rodríguez-Marín J. Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema.* 2001;13:586–91.
25. Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria.* 2002;30:16–21.
26. Ubago Linares MC, Ruiz Pérez I, Bermejo Pérez MJ, de Labry Lima AO, Plazaola Castaño J. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:683–95.
27. Carmona L. Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Rev Esp Reumatol.* 2001;28:18–25.
28. Rivera J, Vallejo MA, Esteve-Vives J, Grupo I. Estrategias de prescripción de fármacos en el tratamiento de pacientes con fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2012;8:184–8.
29. Chamizo-Carmona E. ¿Existe asociación entre la fibromialgia, el aumento de la comorbilidad por enfermedad neoplásica, cardiovascular e infecciones, y el de la mortalidad? *Reumatol Clin.* 2005;1:200–10.
30. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin.* 2006;126:445–51.
31. Pareja MAV, Moreno MIC, Pardo JO, Muñoz MFR, García MID. Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escr Psicol.* 2009;2:28–34.
32. Pérez-Pareja J, Borrás C, Palmer A, Sesé A, Molina F, Gonzalvo J. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema.* 2004;10:415–20.
33. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reum.* 2002;29:323–9.