

TRABAJO FIN DE GRADO MEDICINA



“PREVALENCIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA QUE PRESENTAN UN TRASTORNO DEPRESIVO”.

Nombre del Tutor Clínico: María Luisa González

Servicio del Tutor: Reumatología

Nombre del Alumno : Ricardo Vaquer Lasa

Hospital : Hospital Universitario Quirón Salud de Pozuelo

Nombre del Tutor Metodológico: Ana Isabel Castillo Varón

Índice

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA.....	9
3.1 Diseño del estudio.....	9
3.2 Ámbito y población de estudio	9
3.3 Recogida de datos	10
3.4 Selección y definición de variables.....	10
3.5 Análisis estadístico	12
4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	12
5. RESULTADOS	13
5.1 Selección de la muestra	13
5.2 Descripción de la muestra	14
5.3 Prevalencia de Depresión y otros trastornos psiquiátricos.....	15
6. DISCUSIÓN.....	17
7. CONCLUSIONES.....	20
8. BIBLIOGRAFÍA.....	21
9. ANEXOS.....	1
Anexo 1: Informe favorable del comité de Ética.....	1
Anexo 2: Tabla de variables.	2

RESUMEN

Introducción:

La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga, alteraciones del sueño y del estado de ánimo. Se ha observado una elevada prevalencia de trastornos depresivos en estos pacientes, además, de otros trastornos psiquiátricos. Esto puede agravar la evolución clínica y afectar negativamente la calidad de vida. Dada esta relevancia, el objetivo principal fue determinar la prevalencia de pacientes diagnosticados de fibromialgia que presentan un trastorno depresivo. Y secundariamente observar si existen o no asociaciones entre padecer un trastorno psiquiátrico con la edad, puntos gatillo miofasciales alterados, astenia y gravedad de la fibromialgia.

Material y métodos:

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Universitario Quirón Salud de Madrid, se recogieron los datos a partir de las historias clínicas y se trataron de forma seudonimizada analizando historias clínicas de pacientes diagnosticados con fibromialgia entre 2015 y 2023. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años. La variable principal fue la presencia de trastorno depresivo. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado mediante el software JAMOV. Se utilizó el test de Chi cuadrado y U de Mann Whitney.

Resultados:

Se analizaron 27 pacientes, todas mujeres, con una mediana [RIC] de edad de 52 [7] años. El 33,3% presentó algún trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente (19%). El 77,8% de las pacientes con trastorno psiquiátrico tenían una fibromialgia grave. No se hallaron diferencias significativas en relación con la edad, la presencia de astenia ni el número de puntos gatillo miofasciales.

Conclusiones:

La prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con fibromialgia fue elevada, siendo más frecuente en aquellos con mayor gravedad clínica. Los hallazgos subrayan la importancia de un abordaje multidisciplinar que incluya la salud mental en el manejo de la fibromialgia.

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia, Trastorno depresivo, Comorbilidad Psiquiátrica, Dolor Crónico, Salud Mental.

ABSTRACT

Introduction:

Fibromyalgia is a chronic condition characterized by widespread musculoskeletal pain, fatigue, sleep disturbances, and mood disorders. A high prevalence of depressive disorders has been observed in these patients, along with other psychiatric disorders. This may worsen clinical progression and negatively impact quality of life. Given this relevance, the main objective of these study is to determine the prevalence of patients diagnosed with fibromyalgia who present with a depressive disorder. A secondary aim to assess whether there are associations between having a psychiatric disorder and age, altered myofascial trigger points, asthenia, and fibromyalgia severity.

Material and methods:

A descriptive, observational, retrospective, and cross-sectional study was conducted at the Hospital Universitario Quiron Salud in Madrid. Data were collected from medical records and pseudonymized for analysis. Medical records of patients diagnosed with fibromyalgia between 2015 and 2023 were analyzed. Patients included were over 18 years old. The main variable was the presence of a depressive disorder. A descriptive and bivariate analysis was performed using the JAMOVI software. The Chi-square and U of Mann Whitney test was used.

Results:

A total of 27 patients, all female, were included, with a median [RIC] age of 52 [7] years. 33,3% of them had a psychiatric disorder, with depression being the most prevalent (19%). Among those with psychiatric disorders, 77.8% had severe fibromyalgia. No significant differences were found regarding age, asthenia, or number of myofascial trigger points.

Conclusions:

The prevalence of depressive disorders in patients with fibromyalgia was high, especially among those with more severe clinical symptoms. These findings highlight the importance of integrating mental health care into the multidisciplinary management of fibromyalgia.

KEY WORDS

Fibromyalgia, Depressive disorder, Psychiatric comorbidity, Chronic pain, Mental health

1. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) había sido considerada hasta hace poco tiempo como una enfermedad psicógena o psicológica, denominada también reumatismo psicógeno. Pero han ido habiendo más evidencias científicas a lo largo de estos años que apoyan que es causada por una inflamación del sistema nervioso central, responsable de los síntomas que van a padecer los pacientes, afectando no exclusivamente a un órgano o aparato, sino globalmente. Se clasifica como una enfermedad de etiología desconocida y como un proceso de dolor crónico generalizado. Por tanto, es considerado como un nuevo modelo de enfermedad que integra aspectos orgánicos, psicológicos y el entorno social (1).

La fibromialgia (FM) es un síndrome crónico caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga persistente, trastornos del sueño, disfunción cognitiva y alteraciones del estado de ánimo como ansiedad y depresión. Su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 2% y el 4%, siendo más frecuente en mujeres de mediana edad (2,3). Aunque la etiología exacta de la enfermedad sigue siendo incierta, se ha propuesto una interacción entre factores genéticos, neurobiológicos, inmunológicos y psicosociales que alteran la percepción del dolor a través de mecanismos de sensibilización central (4,5).

Desde su reconocimiento por la Organización Mundial de la Salud en 1992 como entidad clínica, la FM ha sido objeto de numerosos estudios que buscan comprender sus mecanismos fisiopatológicos y establecer criterios diagnósticos más precisos, como los definidos por el American College of Rheumatology en 2010 y revisados en 2016 (6,7). Sin embargo, la ausencia de biomarcadores objetivos y la variabilidad de los síntomas dificultan su diagnóstico, que sigue siendo clínico y de exclusión (8). La FM se encuentra también clasificada como una entidad de dolor crónico primario por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), lo que refuerza su consideración como una condición con mecanismos fisiopatológicos propios.

La naturaleza multifactorial de la enfermedad ha llevado a que su abordaje clínico sea un reto constante. Su presentación polimorfa y la sobreposición con otras patologías musculoesqueléticas o trastornos afectivos dificulta su detección temprana.

Un aspecto particularmente relevante de la FM es su elevada comorbilidad con trastornos psiquiátricos, en especial los trastornos depresivos. Diversos estudios han reportado que entre el 20% y el 80% de los pacientes con FM presentan depresión mayor o distimia (9,10). Como también se halló en otro que más del 92% de las mujeres diagnosticadas con fibromialgia presentaban algún trastorno psiquiátrico, siendo los más comunes los trastornos del estado de ánimo en especial la depresión mayor (11). Esta asociación ha sido atribuida a mecanismos neurobiológicos comunes, como la disfunción en vías monoaminérgicas, alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y procesos inflamatorios sistémicos (12). Además, se han documentado cambios estructurales y funcionales en regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional y del dolor, como el córtex prefrontal, la amígdala y el hipocampo (13).

Algunos estudios recientes han descrito que los pacientes con FM que cumplen criterios de trastorno de síntomas somáticos según el DSM-5 presentan una mayor carga de síntomas, mayor ansiedad y peor respuesta al dolor, indicando una estrecha relación entre la gravedad de la fibromialgia y los trastornos depresivos asociados (14). Desde una perspectiva neurofisiológica, también se ha encontrado que los pacientes con FM presentan una mayor actividad de oscilaciones theta en áreas cerebrales centrales, lo cual se asocia a síntomas de depresión y quejas cognitivas como parte de mecanismos compensatorios cerebrales (15).

Por otro lado, se ha sugerido que la depresión podría preceder, ocurrir en el mismo momento o incluso ser consecuencia del desarrollo de FM, lo que indica la necesidad de un abordaje multidisciplinar que contemple la salud mental en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Esta relación bidireccional entre dolor crónico y estado emocional plantea la hipótesis de una base común en cuanto a su patogénesis, con un componente neuroinflamatorio y disfuncional en la regulación

de los sistemas de estrés y recompensa cerebral. Se ha identificado una relación bidireccional entre la fibromialgia y la depresión, de modo que la presencia de depresión puede aumentar el riesgo de desarrollar fibromialgia en etapas posteriores, y viceversa (16).

Además, en el manejo terapéutico, se ha documentado que tanto el ejercicio físico como las intervenciones combinadas que incluyen ejercicio y terapia psicológica tienen un efecto positivo sobre el dolor, la función física y los síntomas depresivos en personas con FM, resaltando la importancia de un enfoque multidimensional (17). La literatura reciente ha profundizado en el impacto de la comorbilidad depresiva en la calidad de vida de los pacientes con FM, mostrando que esta agrava los síntomas, reduce la adherencia al tratamiento y disminuye la capacidad funcional. Intervenciones farmacológicas como la duloxetina o la pregabalina, así como terapias no farmacológicas como el ejercicio terapéutico o la terapia basada en la compasión, han demostrado ser eficaces tanto en el manejo del dolor como de los síntomas depresivos en estos pacientes (18,19). La literatura reciente ha profundizado en el impacto de la comorbilidad depresiva en la calidad de vida de los pacientes con FM, mostrando que esta agrava los síntomas, reduce la adherencia al tratamiento y disminuye la capacidad funcional (20).

A pesar de los avances en la comprensión de la fibromialgia y su relación con la depresión, persisten interrogantes significativas sobre la prevalencia exacta de esta comorbilidad y su influencia en el manejo clínico de los pacientes. La coexistencia de depresión en pacientes con FM representa un desafío clínico complejo, ya que esta condición no solo agrava los síntomas dolorosos, sino que también potencia el deterioro cognitivo y funcional, empeorando la calidad de vida de los pacientes. La identificación precisa de la prevalencia y las características asociadas a la depresión en estos pacientes es fundamental para optimizar los abordajes diagnósticos y terapéuticos, permitiendo intervenciones más personalizadas y eficaces.

Así mismo, existen vacíos en la literatura respecto a cómo factores sociodemográficos, como la edad, el género y la comorbilidad con otras patologías

crónicas, influyen en el desarrollo de la depresión en pacientes con fibromialgia. Del mismo modo, la variabilidad en la respuesta al tratamiento y su relación con el estado anímico siguen siendo aspectos poco explorados. Considerando estas limitaciones, surge la necesidad de estudios específicos que evalúen en profundidad esta relación para fortalecer las guías clínicas y mejorar los resultados terapéuticos en este grupo poblacional.

Este estudio resulta relevante para identificar de manera precisa la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes con diagnóstico de fibromialgia, lo cual podría contribuir a mejorar las estrategias de diagnóstico y tratamiento, así como la calidad de vida de los pacientes. Además, podría aportar información clave para el desarrollo de programas de intervención multidisciplinaria enfocados en el manejo integral del dolor y los trastornos del ánimo en esta población.

Por todo ello, el objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de pacientes diagnosticados de fibromialgia que presentan un trastorno depresivo. Adicionalmente, se busca analizar las características sociodemográficas y clínicas asociadas para identificar factores de riesgo y mejorar el enfoque terapéutico en este grupo poblacional

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis:

El 68% de pacientes diagnosticados de fibromialgia presentan un trastorno depresivo (9).

Objetivos:

El objetivo principal del estudio fue determinar el porcentaje de pacientes con fibromialgia que presenten un trastorno depresivo.

En cuanto a los objetivos secundarios fueron:

- Describir las características sociodemográficas (edad y sexo) y clínicas de la fibromialgia (grado de fibromialgia, número de puntos gatillo miofasciales afectados y si presenta o no astenia).
- Describir la proporción de pacientes que presentan trastornos psiquiátricos, y en aquellos que lo presentan, el tipo (depresión, ansiedad, trastorno distímico, trastorno de la personalidad).
- Determinar la asociación entre la edad con la presencia de trastornos psiquiátricos.
- Determinar la asociación entre las diferentes características clínicas con la presencia de trastornos psiquiátricos.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

3.2 Ámbito y población de estudio

Este estudio se llevó a cabo en el servicio de Reumatología en el Hospital Universitario Quirón Salud de Madrid.

La población de estudio fueron pacientes diagnosticados de fibromialgia que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital Quirón Salud entre el 2015-2023.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años diagnosticados de fibromialgia entre los años 2015-2023 que acudieron a consulta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que padecieron dolor crónico causado por otras patologías demostradas con pruebas diagnósticas.
- Pacientes que simulaban dolor crónico y astenia.
- Pacientes que presentaron solamente depresión.

Cálculo del tamaño muestral:

Se calculó empleando la calculadora GRANMO y la fórmula de estimación de una proporción teniendo en cuenta la hipótesis según la cual se estima que el 68% de pacientes diagnosticados de fibromialgia presenten un trastorno depresivo (9). Se estimó que se necesitaban 352 pacientes con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% en un contraste bilateral y un 5% de pérdidas.

3.3 Recogida de datos

Para la recogida de datos se realizó a partir de historias clínicas de los pacientes que acudieron a la consulta de la Dra. González en el servicio de Reumatología del hospital entre los años 2015-2023 que fueron facilitados por la doctora. Los datos se trataron de forma seudonimizada. Para ello, se crearon dos bases de datos distintas, una con los datos personales/ identificativos de los pacientes asociados a un código, que fue custodiada por la doctora y solamente ella tuvo acceso. La otra, con los mismos códigos, pero asociados a los datos clínicos y ningún dato identificativo. Esta base de datos se empleó por el estudiante para el Trabajo Final de Grado.

3.4 Selección y definición de variables

En el presente estudio se han definido una serie de variables que permiten dar respuesta tanto al objetivo principal como a los objetivos secundarios planteados. Estas variables han sido seleccionadas cuidadosamente con el fin de abordar de manera sistemática y precisa el análisis de la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes diagnosticados de fibromialgia, así como para describir sus características sociodemográficas y clínicas, y analizar la posible asociación con otros trastornos psiquiátricos.

La variable principal fue la presencia de trastorno depresivo, que se trata de una variable cualitativa nominal dicotómica con dos posibles categorías: "Sí" o "No", en función de si el paciente presenta o no un diagnóstico de depresión según

consta en su historia clínica. Esta variable fue fundamental para responder al objetivo principal del estudio.

En cuanto a las variables secundarias, se consideraron las siguientes con el propósito de caracterizar a la población estudiada y explorar relaciones con la variable principal.

Dentro de las características sociodemográficas se incluyeron la edad, una variable cuantitativa discreta que se expresó en años completos cumplidos al momento del diagnóstico, y el sexo, que fue una variable cualitativa nominal dicotómica con dos categorías: “Hombre” y “Mujer”. Estas variables permitieron identificar posibles patrones diferenciales según edad o género en la aparición de trastornos depresivos u otros trastornos psiquiátricos.

Respecto a las características clínicas de la fibromialgia, se analizaron el grado de fibromialgia, definido como una variable cualitativa ordinal politómica que se clasificó en tres niveles: “Leve”, “Moderado” y “Grave”, en función de la intensidad sintomática. También se registró el número de puntos gatillo miofasciales afectados, variable cuantitativa discreta que cuantifica objetivamente la afectación musculoesquelética del paciente. Además, se incluyó la presencia de astenia, una variable cualitativa nominal dicotómica que se categorizó como “Sí” o “No” según esté o no documentado este síntoma en la historia clínica.

Por otro lado, se consideraron variables relacionadas con la comorbilidad psiquiátrica. Se evaluó si el paciente presentó algún trastorno psiquiátrico, otra variable cualitativa nominal dicotómica con categorías “Sí” o “No”, y en los casos afirmativos, se especificó el tipo de trastorno. Esta última fue una variable cualitativa nominal politómica con las siguientes categorías: “Depresión”, “Ansiedad”, “Distimia” y “Trastorno de la personalidad”. La inclusión de estas variables permitirá explorar la coexistencia de diferentes diagnósticos psiquiátricos en la población con fibromialgia. Ver Tabla de variables en anexo 2.

3.5 Análisis estadístico

Se realizaron dos tipos de estudios. Uno descriptivo; en el cual, para las variables cualitativas, se describieron con frecuencias absolutas (n) y relativas (%). En el caso de las variables cuantitativas, ninguna siguió la normalidad y se describieron con mediana y rango intercuartílico. Se utilizó la prueba de normalidad Saphiro Wilk, al haber entre 5 a 30/50 datos, para así de esta manera poder saber si siguieron una distribución normal o no. Y otro bivariado; donde se empleó el test Chi cuadrado para determinar la relación entre dos variables cualitativas como el grado de fibromialgia con la presencia de trastorno psiquiátrico y la asociación entre el sexo y la presencia de trastorno psiquiátrico. Para comparar una variable cuantitativa como la edad o los puntos gatillo miofasciales afectados con una cualitativa como presencia de un trastorno psiquiátrico se empleó el test de U de Mann Whitney.

Los resultados han sido significativos cuando el p-valor fue inferior al 5% y se empleó para poder realizar el análisis estadístico el software JAMOVI.

4. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El protocolo, incluyendo la exención de solicitar el consentimiento informado por ser un estudio observacional y retrospectivo con riesgo nulo para los pacientes, fue aprobado por el Comité de ética e investigación médica del Hospital Universitario La Fundación Jiménez Díaz fue aprobada. TFG 009-25. Ver anexo 1, INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA.

El trabajo fue realizado respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica (21).

El estudio se llevo a cabo conforme a la legislación de la UE sobre datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Real Decreto 1720/2007, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (22,23).

5. RESULTADOS

5.1 Selección de la muestra

El tamaño muestral principal necesario era de 352 pacientes, pero únicamente se dispuso de 28 historias clínicas en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Quirón de Pozuelo en el periodo del estudio de 2015-2024. Tras la revisión de dichas historias, únicamente 27 cumplieron los criterios de inclusión (ver figura 1.)

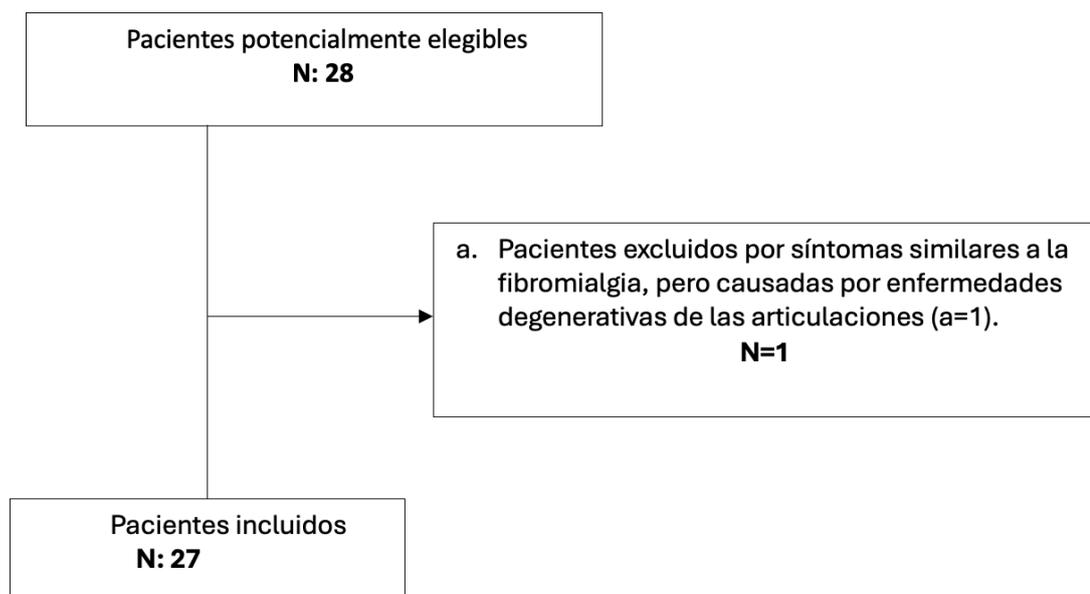


Figura 1 Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los pacientes del estudio.

5.2 Descripción de la muestra

La muestra final del estudio incluyó a 27 pacientes diagnosticadas de fibromialgia. La mediana [RIC] de edad fue de 52 [7] años. Todas las pacientes eran mujeres (ver tabla 1).

En cuanto a los síntomas asociados, 21 de las pacientes (77,8%) presentaron astenia. Al analizar el grado de fibromialgia, ninguna paciente mostró una actividad leve de la enfermedad, un 25.9% presentó un grado moderado y un 51.9% graves.

El número de puntos gatillo miofasciales mostró una mediana [RIC] de 18 [18], que refleja una afectación bastante homogénea dentro del grupo.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas.

Pacientes diagnosticados con fibromialgia	
N= 27	
Edad (mediana, [RIC])	52 [7]
Sexo , n(%)	
Varones	0 (0)
Mujeres	27 (100)
Astenia , n(%)	
Si	21 (77.9)
No	6 (22.2)
Grado de FM* , n(%)	
Leve	6 (22.2)
Moderada	7 (25.9)
Grave	14 (51.9)
Puntos gatillo miofasciales (mediana, [RIC])	18 [18]

*FM: fibromialgia.

5.3 Prevalencia de Depresión y otros trastornos psiquiátricos.

Del total de pacientes diagnosticados con fibromialgia incluidos en el estudio, se observó que el 19% (n=5) presentaron depresión con un IC 95% [8.2-26.7] (ver figura 2).

PREVALENCIA DE PACIENTES CON UN TRASTORNO DEPRESIVO (N=27)

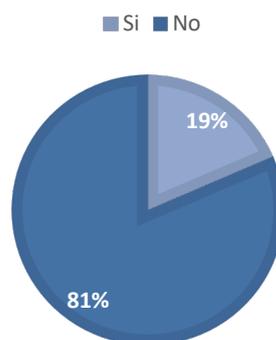


Figura 2. Prevalencia de pacientes diagnosticados de fibromialgia que presentan un Trastorno depresivo.

De los 27 pacientes incluidos, un 33% (n=9) presentaron algún tipo de trastorno psiquiátrico (ver figura 3-A). Siendo más frecuente el trastorno depresivo con un 56% (n=5), seguido del trastorno ansioso-depresivo con un 44% (n=4) (ver figura 3-B).

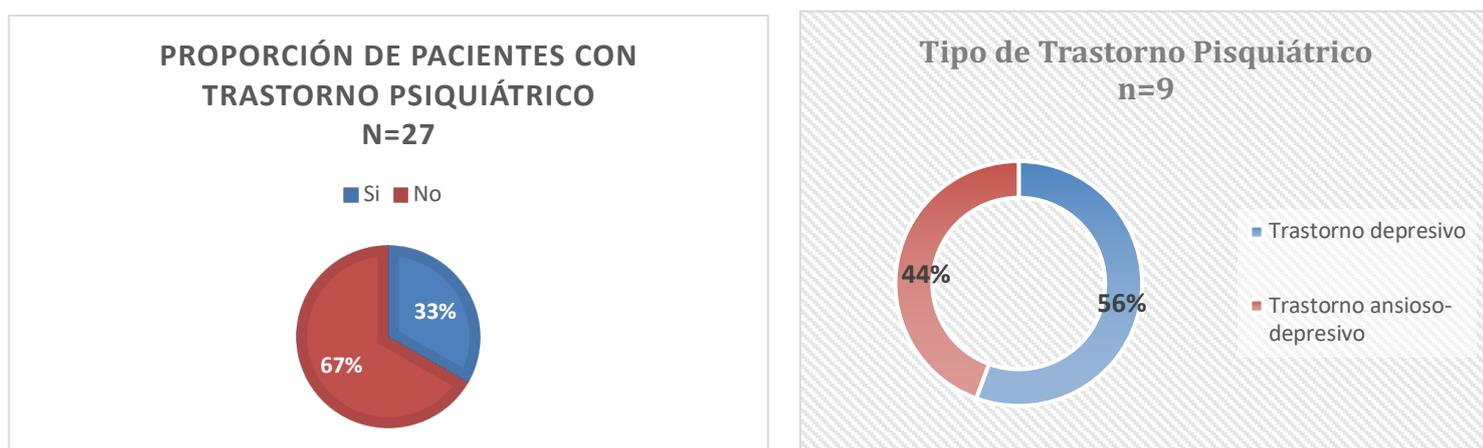


Figura 3-A. Proporción de pacientes con un trastorno psiquiátrico. Figura 3-B. Tipos de Trastornos psiquiátricos.

5.4 Trastorno psiquiátrico y su relación con la edad, grados de fibromialgia, puntos gatillo miofasciales afectados y astenia.

Al comparar la edad entre pacientes con y sin trastorno psiquiátrico, no se observaron diferencias destacables. La mediana [RIC] fue de 52 [5] años en el grupo con trastorno y de 53,5 [7.25] años en el grupo sin trastorno ($p = 0,439$) (ver tabla 2).

Respecto al grado de fibromialgia, la mayoría de las pacientes con trastorno psiquiátrico presentaban una forma grave (77,8%), mientras que, entre aquellas sin dicho trastorno, solo el 38,9% presentaban ese grado. No se registraron casos de fibromialgia leve en las pacientes con trastorno psiquiátrico, mientras que, en el grupo sin dicha comorbilidad, el 33% sí presentaba un grado leve. Aunque esta

diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,090$), sí se observa una tendencia llamativa.

El número de puntos gatillo miofasciales fue similar tanto para los pacientes con patología psiquiátrica: la mediana [RIC] fue de 18 [0] en los que presentaban algún trastorno psiquiátrico dos casos. Sin embargo, el rango fue más amplio en las pacientes sin trastorno psiquiátrico, con una mediana [RIC] de 18 [18] ($p = 0,105$).

Por último, la presencia de astenia fue igual en ambos grupos, con un 77,8% de los casos en cada uno, sin diferencias significativas ($p = 1,000$).

Tabla 2. Asociación entre el trastorno psiquiátrico con la edad, grado de fibromialgia, puntos gatillo miofasciales y presencia de astenia.

	Presencia de trastorno psiquiátrico		Total N=27	p-valor*
	Si n=9	No n=18		
Edad (mediana, [RIC])	52 [5]	53.5 [7.25]		0.439
Grado de fibromialgia , n(%)				
Leve	0 (0)	6 (33.3)	6	0.090
Moderado	2 (22.2)	5 (27.8)	7	
Grave	7 (77.8)	7 (38.9)	14	
Puntos gatillo miofasciales (mediana, [RIC])	18 [0]	18 [18]		0.105
Presencia de astenia , n(%)				1.000
Si	7 (77.8)	14 (77.8)	21	
No	2 (22.2)	4 (22.2)	6	

*p-valor de la prueba de χ^2 (grado de fibromialgia y presencia de astenia) o U de Mann Withney (edad y puntos gatillo miofasciales) para detectar diferencias significativas si $p < 0.05$.

6. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes diagnosticados con fibromialgia, así como describir sus características clínicas y sociodemográficas, y explorar posibles asociaciones con otras variables clínicas como la gravedad de la enfermedad, la presencia de astenia o el número de puntos gatillo miofasciales.

El 33% de los pacientes de nuestra muestra presentaban algún trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más prevalente con un 19%. Este porcentaje se sitúa dentro de los rangos descritos por la literatura, aunque algo inferior a estudios con muestras más amplias, donde se informó de una prevalencia del 35% de depresión comórbida en pacientes con fibromialgia (24). En contraste, se halló en otro estudio una prevalencia del 62,8% de antecedentes de depresión mayor (25). Estas diferencias pueden explicarse por el tamaño muestral limitado y el diseño retrospectivo de nuestro estudio.

Respecto al grado de fibromialgia, el 77,8% de los pacientes con trastorno psiquiátrico tenían una fibromialgia grave, mientras que solo el 38,9% del grupo sin trastorno compartía esta característica. Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa, esta tendencia es coherente con los hallazgos encontrados en el estudio “The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome”, (26) que se asoció mayores niveles de catastrofismo con más gravedad del dolor y sintomatología depresiva.

En cuanto a otras variables clínicas, como la edad, la presencia de astenia y el número de puntos gatillo miofasciales, no se observaron diferencias significativas entre los grupos. Arnold et al. también señalan que los síntomas depresivos no siempre se correlacionan con parámetros físicos objetivos como los puntos dolorosos (27).

Comparación con literatura preexistente

Nuestros resultados coinciden con el estudio de Bigatti, donde se observó que los trastornos del sueño, el dolor y la disfunción funcional contribuyen al desarrollo de síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia (28).

Se ha mostrado recientemente que variables como el dolor, la fatiga y los trastornos del sueño se relacionan negativamente con la funcionalidad física, lo cual concuerda con nuestros hallazgos en pacientes con mayor afectación clínica (29).

Se han evidenciado que la suplementación con vitamina D mejora la calidad de vida en pacientes con fibromialgia, lo que refuerza la necesidad de un enfoque terapéutico integral (30). Esto coincide con lo observado por Martínez et, en su estudio se describió que el catastrofismo y las estrategias de afrontamiento influyen en la intensidad sintomática y el malestar psicológico en pacientes con fibromialgia (31).

Se destacan que factores psicológicos como la alexitimia pueden afectar directamente la calidad de vida y actuar como mediadores de síntomas depresivos (32).

Además, otros estudios subrayan que existe una relación bidireccional entre dolor crónico y depresión, apoyando así la necesidad de evaluar conjuntamente ambos aspectos en pacientes con fibromialgia (33).

Limitaciones y sesgos

Entre las limitaciones de este estudio destaca el tamaño muestral reducido (N=27), que limita la potencia estadística y la capacidad de generalización. Además, el diseño retrospectivo y la dependencia de registros clínicos pueden haber influido en la identificación precisa de los trastornos psiquiátricos. La ausencia de herramientas estandarizadas para la medición de los síntomas también representa una limitación relevante. Así mismo, probablemente la incidencia tan baja de depresión en nuestro medio es porque solo se han tenido en cuenta los diagnósticos de los psiquiatras y es posible que en muchos casos no dispusiéramos de la historia de psiquiatría porque no sea del centro o no hayamos tenido acceso a dicho diagnóstico.

Fortalezas del estudio

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta evidencia clínica valiosa sobre la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con fibromialgia atendidos en un entorno real, ofreciendo datos que pueden orientar a futuras líneas de intervención integral.

Implicaciones para la práctica clínica y futura investigación

Los resultados refuerzan la necesidad de incorporar sistemáticamente la evaluación de salud mental en pacientes con fibromialgia, ya que la depresión y otros trastornos

psiquiátricos pueden agravar la evolución clínica y la calidad de vida. Futuros estudios deberían ampliar el tamaño muestral, emplear herramientas validadas y explorar otras variables como la respuesta al tratamiento y la funcionalidad global.

Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado

Este estudio contribuye directamente al ODS 3: Salud y Bienestar, promoviendo un enfoque de salud integral en pacientes con enfermedades crónicas, que incluya tanto la dimensión física como la mental.

Aporte principal del estudio

El principal aporte de este trabajo es la identificación y cuantificación de trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión, en pacientes con fibromialgia, y la recomendación explícita de integrarlos en el abordaje clínico multidisciplinar.

7. CONCLUSIONES

Un 19% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia en el Hospital Universitario Quirón Salud presentaron un trastorno depresivo.

Un 33% presentaron un trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente.

El 77,8% de los pacientes con trastorno psiquiátrico presentaban un grado grave de fibromialgia. No alcanzó significación estadística

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de trastornos psiquiátricos y otras variables clínicas como la edad, el número de puntos gatillo miofasciales o la presencia de astenia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Reumatología S. Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER. 2ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2022.
2. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *IJMS*. 9 de abril de 2021;22(8):3891.
3. Berwick R, Barker C, Goebel A. The diagnosis of fibromyalgia syndrome. 2022;22.
4. D'Agnelli S, Arendt-Nielsen L, Gerra MC, Zatorri K, Boggiani L, Baciarello M, et al. Fibromyalgia: Genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Mol Pain*. enero de 2019;15:1744806918819944.
5. Maletic V. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci*. 2009;14(1):5291.
6. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Pain*. junio de 2019;20(6):611-28.
7. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *IJMS*. 23 de octubre de 2020;21(21):7877.
8. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Atzeni F, Gorla R, Kosek E, Choy EH, et al. Fibromyalgia position paper. *Clin Exp Rheumatol*. 21 de junio de 2021;39(3):186-93.
9. Revuelta Evrard E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. octubre de 2010;17(7):326-32.
10. Erdem İH, Ustabaşoğlu F. Evaluation of sexual function and depression in female patients with fibromyalgia. *Rev Assoc Med Bras*. 2023;69(7):e20230180.
11. Sadr S, Mobini M, Tabarestani M, Islami Parkoohi P, Elyasi F. The frequency of psychiatric disorder co-morbidities in patients with fibromyalgia: A cross-sectional study in Iran. *Nursing Open*. julio de 2023;10(7):4797-805.
12. FREDERICK WOLFE, DANIEL J. CLAUW, MARY-ANN FITZCHARLES, DON L. GOLDENBERG, ROBERT S. KATZ, PHILIP MEASE, ANTHONY S. RUSSELL, I. JON RUSSELL, JOHN B. WINFIELD, AND MUHAMMAD B. YUNUSI. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *American College of Rheumatology*. Vol. 62. 600-610 p.
13. Izquierdo-Alventosa R, Inglés M, Cortés-Amador S, Gimeno-Mallench L, Chirivella-Garrido J, Kropotov J, et al. Low-Intensity Physical Exercise Improves Pain Catastrophizing and Other Psychological and Physical Aspects in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *IJERPH*. 21 de mayo de 2020;17(10):3634.
14. Axelsson E, Hedman-Lagerlöf M, Hedman-Lagerlöf E, Ljótsson B, Andersson E. Symptom Preoccupation in Fibromyalgia: Prevalence and Correlates of Somatic Symptom Disorder in a Self-Recruited Sample. *Psychosomatics*. mayo de 2020;61(3):268-76.
15. Pacheco-Barrios K, Teixeira PEP, Martínez-Magallanes D, Neto MS, Pichardo EA, Camargo L, et al. Brain compensatory mechanisms in depression and memory complaints in fibromyalgia: the role of theta oscillatory activity. *Pain Medicine*. 1 de Fecha: 10-06-2025

agosto de 2024;25(8):514-22.

16. Yepez D, Grandes XA, Talanki Manjunatha R, Habib S, Sangaraju SL. Fibromyalgia and Depression: A Literature Review of Their Shared Aspects. *Cureus* [Internet]. 11 de mayo de 2022 [citado 15 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/96391-fibromyalgia-and-depression-a-literature-review-of-their-shared-aspects>
17. Valera-Calero JA, Fernández-de-las-Peñas C, Navarro-Santana MJ, Plaza-Manzano G. Efficacy of Dry Needling and Acupuncture in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *IJERPH*. 11 de agosto de 2022;19(16):9904.
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 J Pharm Sci*. junio de 2019;27(1):149-58.
19. Campos Sánchez S. Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27(10):417-20.
20. Cohen-Biton L, Buskila D, Nissanholtz-Gannot R. Review of Fibromyalgia (FM) Syndrome Treatments. *IJERPH*. 24 de septiembre de 2022;19(19):12106.
21. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica Publicado en: «BOE» núm. 159, de 4 de julio de 2007, páginas 28826 a 28848 (23 págs.) Referencia: BOE-A-2007-1294 [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>
22. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
23. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Referencia: BOE-A-2002-22188 [Internet]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
24. Lee W, Shin HJ, Min IK, Kim CS, Kim KM, Heo K, et al. Shared comorbidity of depression, migraine, insomnia, and fibromyalgia in a population-based sample. *J Affect Disord*. 1 de junio de 2024;354:619-26.
25. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. enero de 1995;38(1):19-28.
26. Hassett AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*. noviembre de 2000;43(11):2493-500.
27. Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*. agosto de 2006;67(8):1219-25.
28. Bigatti SM, Hernandez AM, Cronan TA, Rand KL. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: relationship to pain and depression. *Arthritis Rheum*. 15 de julio de 2008;59(7):961-7.
29. Denche-Zamorano Á, Pastor-Cisneros R, Tomas-Carus P, Adsuar-Sala JC, Salas-Gómez D, Parraca JA. Relationship of Pain, Depression, Fatigue, and Sleep Problems with Functional Capacity, Balance, and Fear of Falling in Women with Fibromyalgia:

Cross-Sectional Study. Nurs Rep. 8 de octubre de 2024;14(4):2819-36.

30. Yang CC, Tsai ST, Ting B, Cheng YC, Wang CK, Chang JPC, et al. Psychological Outcomes and Quality of Life of Fibromyalgia Patients with Vitamin D Supplementation-A Meta-Analysis. J Clin Med. 6 de abril de 2023;12(7):2750.

31. Lami MJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Guzmán MA. Catastrophizing, Acceptance, and Coping as Mediators Between Pain and Emotional Distress and Disability in Fibromyalgia. J Clin Psychol Med Settings. marzo de 2018;25(1):80-92.

32. Tesio V, Di Tella M, Ghiggia A, Romeo A, Colonna F, Fusaro E, et al. Alexithymia and Depression Affect Quality of Life in Patients With Chronic Pain: A Study on 205 Patients With Fibromyalgia. Front Psychol. 2018;9:442.

33. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. J Pain. septiembre de 2011;12(9):964-73.

9. ANEXOS

Anexo 1: Informe favorable del comité de Ética.



TFG009-25_HUQM

INFORME DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION

Título del proyecto: "Prevalencia de pacientes diagnosticados de fibromialgia que presentan un trastorno depresivo entre los años 2015-2023".

Documentos con versiones:

PROTOCOLO Versión 1.0, 10 de Enero de 2025

Investigador Principal: MARIA LUISA GONZALEZ

Servicio: Reumatología

Centro: Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Estudiante:

- RICARDO VAQUER LASA. Universidad Europea de Madrid.

Este Trabajo de Fin de Grado ha sido evaluado, por procedimiento abreviado, por el Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz, y se considera que reúne las normas éticas estándar para la realización de este tipo de estudios.

Lo que firma en Madrid a 27/01/2025

Dr. Javier Bécares Martínez
Presidente CEImFJD

Nota: La obtención de la información clínica necesaria para llevar a cabo el TFG se llevará a cabo de acuerdo al procedimiento establecido en cada centro y departamento de Docencia, siempre de acuerdo a la normativa aplicable en materia de protección de datos.



Anexo 2: Tabla de variables.

	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA/ UNIDAD DE MEDIDA
VARIABLE PRINCIPAL		
Trastorno depresivo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí/ No
VARIABLES SECUNDARIAS		
Sociodemográficas		
Edad	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómico	Hombre/ Mujer
Clínicas		
Grado de fibromialgia	Cualitativa ordinal politómica	Leve, moderado o grave
Puntos gatillo miofasciales afectados	Cuantitativa discreta	Número de puntos afectados
Presencia de Astenia	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No
Otras		
Presencia de trastorno psiquiátrico	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No
Tipo de trastorno psiquiátrico	Cualitativa nominal politómica	Depresión, Trastorno ansioso-depresivo