



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "UNIDAD MORELOS"  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA**

**Prevalencia de fibromialgia en pacientes referidos al Hospital de Psiquiatría  
Morelos, con sintomatología depresiva y/o ansiosa.**

**TESIS**

**PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:**

**Dra. Astrid Margarita Gómez Huerta.**

**TUTORES PRINCIPALES:**

**Dra. Claudia Fouilloux Morales.  
Asesora metodológica**

**Dr. Miguel Palomar Baena.  
Asesor clínico**

---

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Ingeniero Gerardo Luna Guevara, por su apoyo y asesoría.

Quiero agradecer a mis tutores por la guía que me brindaron durante mi formación como especialista.

También agradezco a Alexandra Elbakyan, quien ha luchado por el conocimiento y para que la ciencia sea accesible para todos.

## DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis padres, mi hermana y a Tessa por el amor y apoyo que me brindaron durante estos 4 años tan importantes para mí.

A mi novio y a mis amigos que estuvieron ahí para animarme y apoyarme cuando más lo necesité, además del cariño que me brindaron.

# Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>2</b>
<b>Marco teórico y antecedentes.....</b>	<b>3</b>
Generalidades.....	3
Etiopatogenia.....	4
Fibromialgia, Ansiedad y Depresión.....	4
Diagnóstico y Panorama. ....	6
Antecedentes .....	7
<b>Justificación.....</b>	<b>11</b>
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>13</b>
General .....	13
Específicos.....	13
<b>Definición de Variables .....</b>	<b>14</b>
<b>Método.....</b>	<b>16</b>
Diseño de estudio.....	16
Participantes .....	16
Instrumentos .....	17
Procedimiento .....	18
Análisis de datos .....	19

<b>Resultados.....</b>	<b>19</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>25</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>27</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>30</b>
<b>Consentimiento Informado .....</b>	<b>30</b>

## **Frecuencia de fibromialgia en pacientes referidos al Hospital de Psiquiatría Morelos, con sintomatología depresiva y/o ansiosa.**

### **Resumen**

La fibromialgia, es una de las enfermedades más frecuentes dentro de aquellas que ocasionan dolor crónico. Se estima que para que un paciente reciba finalmente el diagnóstico de fibromialgia pasan más de 2 años. Se ha estimado un tiempo al diagnóstico de 2.3 a 3.7 años luego de haber consultado a distintos especialistas previamente. En México, la prevalencia en la población general es entre el 2 y 5%.

Este estudio en la población que recibe el Hospital de Psiquiatría Morelos, plantea reportar la frecuencia con la que llegan referidos pacientes con sintomatología de ansiedad y depresión que cumplan con los criterios diagnósticos de fibromialgia con el uso de los criterios del Colegio Americano de Reumatología, los cuales representan una forma sencilla de detección temprana, desde la primera etapa en su referencia a Psiquiatría.

Se evaluó a los pacientes con las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y con una entrevista clínica semiestructurada que contiene los criterios diagnósticos para Fibromialgia de acuerdo al Colegio Americano de Reumatología y se determinó la prevalencia de dicho padecimiento en nuestra población.

Los resultados arrojaron una prevalencia de fibromialgia en aquellos referidos por síntomas de ansiedad y depresión superior a lo esperado en la población general mexicana.

Los resultados descritos corroboran la importancia de la fibromialgia y su estudio en la población con sintomatología afectiva, dado el impacto que puede tener en la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes que recibe un hospital enfocado en los trastornos de la salud mental.

**Palabras clave: Fibromialgia, Ansiedad, Depresión, Frecuencia, Población mexicana, Funcionalidad, Calidad de vida, Hospital de Psiquiatría.**

## Introducción

La presente investigación se enfoca en la Fibromialgia que es una patología crónica que consiste en dolor neuropático, síntomas cognitivos, alteraciones del sueño y se asocia en gran medida con sintomatología afectiva; y la frecuencia con la que se presenta en la población que se recibe por sintomatología ansiosa y/o depresiva en un Hospital de Psiquiatría.

La fibromialgia, debido a la historia natural de la enfermedad y el gran impacto para quien la padece, tiene una importancia grande en la población general. Lo anterior y su estrecha relación con la sintomatología afectiva, hizo que se decidiera estudiar la frecuencia con la que se presenta dicho diagnóstico en la población que como psiquiatras recibimos con mayor frecuencia.

La investigación de esta problemática de salud se realizó por el interés de conocer el panorama de la población más abundante del servicio de admisión continua, tomando en cuenta que cuando los pacientes con padecimientos reumatológicos presentan síntomas de ansiedad y depresión, se asocia a menor calidad de vida, más dolor, mayor fatiga y una peor evolución; lo que nos insta a conocer la cantidad de pacientes con fibromialgia que estamos recibiendo.

Profundizar la indagación desde la perspectiva de psiquiatría de esta patología, inició de un interés académico. Asimismo, nos interesamos por aportar estadísticas en una población. En el ámbito laboral, como profesionales de la salud mental, el interés permitió realizar un tamizaje que puede representar una forma sencilla y breve de detección para re direccionar a los pacientes para iniciar un manejo integral que corresponde con el tratamiento para fibromialgia, incluyendo seguimiento por parte de Psiquiatría, ya que el diagnóstico concomitante, amerita que utilicemos un antidepresivo distinto al que se elige para tratar a una ansiedad o depresión aisladas.

## Marco teórico y antecedentes

### Generalidades

La fibromialgia es una enfermedad crónica de etiología en estudio actualmente, se considera multifactorial y combina factores genéticos y epigenéticos que se asocian con una alteración de los sistemas de regulación del dolor e hiperexcitabilidad nociceptiva central, acompañada de disminución de la actividad de las respuestas inhibitorias para la modulación y control del dolor <sup>1</sup>. Se caracteriza por la presencia de dolor crónico musculoesquelético generalizado además de baja tolerancia al dolor <sup>2</sup>, altos niveles de síntomas somáticos, fatiga, sueño no reparador y alteraciones cognitivas <sup>3</sup>. Es considerada como el síndrome de dolor crónico central prototípico. El dolor en la fibromialgia tiene la particularidad de ser poco claro donde las alteraciones en sistema nervioso central antes mencionadas conducen a un aumento de la percepción del dolor, siendo este dolor debido a un estímulo que normalmente no debería provocar dolor (alodinia) y una mayor respuesta a los estímulos dolorosos (hiperalgesia) <sup>3</sup>. Parte de lo que se ha descrito respecto a la etiología es el origen del dolor en la fibromialgia, siendo resultado de la sensibilización central o una disminución de la inhibición descendente en el sistema nervioso central, lo que ha motivado a varios investigadores a realizar estudios de tratamiento mediante estimulación magnética transcraneal; arrojando resultados donde se reporta lograr beneficios clínicos en sujetos diagnosticados de fibromialgia <sup>4</sup>.

Tomando como referentes otras patologías en donde también se describen hallazgos similares de hiperalgesia y alodinia como el síndrome del intestino irritable, el síndrome de uretra femenina o vejiga hiperactiva, el síndrome de la articulación temporomandibular, el síndrome de dolor miofascial e incluso la osteoartritis <sup>3</sup>; se apoya la teoría de la etiología en sistema nervioso central, por cambios similares que desempeñan un papel clave en la fibromialgia están presentes en una serie de otras condiciones de dolor crónico.

La fibromialgia es considerada como una enfermedad reumática y un trastorno psicosomático de etiología compleja<sup>1</sup>. Afecta principalmente a mujeres de entre 35 y 55 años.



## **Etiopatogenia**

Sobre la etiopatogenia, existen diversas circunstancias que; se ha estudiado, pueden propiciar el desarrollo de la fibromialgia. Estos factores se dividen en factores genéticos y factores ambientales. Se ha observado una predisposición genética a desarrollar fibromialgia con una probabilidad ocho veces mayor en familiares directos de un paciente con esta patología, además en diversos estudios se han descrito polimorfismos en el gen catecol-o-metil-transferasa, existiendo así un déficit en la degradación de las catecolaminas. En lo que respecta al factor ambiental se ha observado que en quienes durante su niñez sufrieron situaciones como conflictos familiares, limitación económica, abuso sexual, socialización inadecuada, muerte de alguno de los padres, etc., la fibromialgia se presenta con mayor frecuencia. También se han detectado en pacientes con fibromialgia, niveles elevados de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo.<sup>5</sup>

## **Fibromialgia, Ansiedad y Depresión.**

La mayoría de los pacientes con fibromialgia presentan datos psicopatológicos, como por ejemplo síntomas de ansiedad, depresión, Los síntomas psicopatológicos más frecuentes, junto con ansiedad y depresión son de obsesión-compulsión y somatización <sup>6</sup> además de alteraciones cognitivas, un patrón en las características de la personalidad, entre otros. También suelen sufrir deficiencias de memoria y de atención. Un estudio de 2018 concluyó que la falta de atención y memoria de trabajo y a corto plazo se asocia en mayor medida con síntomas de depresión, mientras que la atención selectiva se asocia tanto con depresión como con fibromialgia, y la velocidad de procesamiento, la flexibilidad cognitiva y el control inhibitorio tienen una interacción significativa entre depresión y fibromialgia. Además, la flexibilidad cognitiva y las capacidades de inhibición se asociaron específicamente con la FM. Demostrando que el diagnóstico que fibromialgia puede coexistir con otras patologías, también <sup>7</sup>. Estas alteraciones traen muchas dificultades en la vida cotidiana del paciente, que pueden tener repercusiones negativas en sus tareas diarias en casa o en la vida laboral o académica.<sup>1</sup>

Algo que tienen en común la Fibromialgia y la depresión, es la teoría de un origen común relacionada con el sistema límbico en donde existe una relación bidireccional entre el

dolor y la depresión, con los síntomas de una empeorando al otro o haciendo que el otro sea más propenso a desarrollar.<sup>8</sup>

De entre los diversos factores emocionales relevantes en la fibromialgia, la ansiedad y la depresión son las patologías asociadas más importantes. Algunos autores señalan que un 60% de los pacientes con fibromialgia sufren depresión.<sup>9</sup> Es muy común que los pacientes con sintomatología depresiva o ansiosa sean detectados después de años de comenzar con su psicopatología. Cuando se trata de pacientes con un padecimiento reumatológico, no son la excepción. Principalmente atribuido al estigma que acompaña a los padecimientos de la salud mental, tanto en la población general como entre el personal de la salud. Cuando los pacientes con padecimientos reumatológicos presentan síntomas de ansiedad y depresión, se asocia a menor calidad de vida, más dolor, mayor fatiga y una peor evolución<sup>10</sup>. Debe evaluarse, pues, la posible presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con fibromialgia.<sup>9</sup>

Parte de la importancia de estudiar la psicopatología de este síndrome es el impacto a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Se ha observado que muchos pacientes con fibromialgia muestran características de personalidad similares.<sup>9</sup> Respecto a la personalidad, los pacientes con fibromialgia han sido descritos como perfeccionistas, introspectivos, exigentes y, a veces, son considerados pacientes difíciles. Si bien estos rasgos de personalidad pueden parecer contribuir al desarrollo y / o persistencia de los síntomas de la fibromialgia, debido a las complejidades de la investigación de la personalidad y las teorías de la fisiopatología de la fibromialgia, los vínculos entre los dos siguen sin estar claros.<sup>11</sup> Los pacientes con fibromialgia tuvieron puntuaciones más altas en amabilidad, neuroticismo y franqueza que aquellos con otras enfermedades reumáticas consideradas en su conjunto. El neuroticismo es la tendencia a sentir emociones negativas y se asocia con una predisposición a la vulnerabilidad y la angustia. Las puntuaciones altas en neuroticismo de los pacientes con fibromialgia podrían tener repercusiones en el resultado de la enfermedad y resultar en una menor calidad de vida para estos pacientes que aquellos con artritis reumatoide<sup>12</sup>.

## **Diagnóstico y Panorama.**

En la clasificación del CIE 10, la fibromialgia está dentro de las Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, dentro de los otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte. (M79.7).

Y en la clasificación del CIE 11, se encuentra dentro de los síntomas, signos o resultados clínicos anormales en general, dentro del dolor crónico, el dolor crónico primario y bajo el nombre de Dolor generalizado crónico (MG30.01), se describe como El dolor generalizado crónico es un dolor difuso que afecta a un mínimo de 4 de las 5 regiones del cuerpo y que se asocia con bastante malestar emocional (ansiedad, ira o frustración, o estado depresivo) o discapacidad funcional (interferencia con las actividades de la vida diaria y menos participación social). El dolor generalizado crónico es multifactorial: diversos factores biológicos, psicológicos y sociales contribuyen al síndrome de dolor. El diagnóstico es apropiado cuando el dolor no se puede atribuir directamente a un proceso nocisensible en estas regiones y cuando hay características compatibles con un dolor nociplástico y se identifican factores contribuyentes psicológicos y sociales. Incluye el Síndrome de fibromialgia y excluye al Dolor agudo (MG31).

Los criterios de diagnóstico para la fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología se revisaron en 2016 y, actualmente, puede diagnosticarse en adultos cuando se cumplen todos los criterios siguientes <sup>1</sup>:

1. Dolor generalizado, definido como dolor en al menos 4 de 5 regiones, está presente.
2. Los síntomas han estado presentes a un nivel similar durante al mínimo 3 meses.
3. Índice de dolor generalizado (WPI)  $\geq 7$  y gravedad de los síntomas puntuación de la escala (SSS)  $\geq 5$  o WPI de 4-6 y puntuación de SSS  $\geq 9$ .
4. Un diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos. Un diagnóstico de fibromialgia no excluye la presencia de otras enfermedades clínicamente importantes.

Aunque la fibromialgia es una de las causas más frecuentes de dolor crónico generalizado, a menudo está infradiagnosticada<sup>13</sup>. Estadísticas de Europa, Asia y América reportaron en 2010 un tiempo estimado para el diagnóstico de fibromialgia de entre 2.3 a 3.7 años luego de que el paciente haya consultado a distintos especialistas previamente. Además, el 25% de pacientes presentaron limitaciones en diversos grados para realizar su trabajo como consecuencia de la Fibromialgia<sup>14</sup>. Sin embargo, su detección oportuna y diagnóstico son primordiales, ya que es un padecimiento que supone una importante pérdida de la calidad de vida de las personas que la presentan y trae consigo altos costes económicos.

Por un lado en España, la fibromialgia es una enfermedad con una importante prevalencia, que afecta al 2.4% de la población. En relación con otros trastornos musculoesqueléticos, la fibromialgia es más prevalente en España que la artritis reumatoide (0.5%), pero menos que la osteoartritis de manos (6.2%), la osteoartritis de rodilla (10.2%) y el dolor lumbar (14.8%)<sup>2</sup>. Por otro lado, de acuerdo al boletín semanal de La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de México del 16 de mayo de 2016; entre 2 y 5% de la población padece fibromialgia y 90% de esos pacientes es del sexo femenino.

### **Antecedentes**

Entre los años 2005 a 2014, se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron los pacientes valorados en la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Madrid, en cuyo informe de valoración figurase el diagnóstico de fibromialgia. Estudiaron las variables: edad, sexo, estado civil, comorbilidad (hipotiroidismo, cervicalgia, enfermedad psiquiátrica mayor o menor y síndrome de túnel carpiano), ocupación profesional, nivel de capacitación y régimen de afiliación a la seguridad social<sup>15</sup>.

En sus resultados reportaron un total de pacientes de 5.501. La mediana de edad fue de 53 años. Respecto a la población general activa de su entorno, observaron un 47% más de mujeres, un 12% menos de casados, un 25% menos de trabajadores con estudios superiores y un 23% más de empleos no cualificados. Respecto a la población en edad

laboral, obtuvieron una prevalencia importante de cervicalgia (razón de prevalencia: 2,0), hipotiroidismo (razón de prevalencia: 2,4) y de síndrome del túnel carpiano (razón de prevalencia: 3,0). El 58% de la muestra presenta enfermedad psiquiátrica<sup>15</sup>.

Su conclusión fue que el perfil del paciente con fibromialgia valorado en su unidad es una mujer, de entre 46-60 años, mayoritariamente con un trabajo poco cualificado y un nivel de estudios primario, que en más de la mitad de los casos asocia enfermedad psiquiátrica y que con frecuencia se asocia con los diagnósticos de cervicalgia, síndrome del túnel carpiano e hipotiroidismo<sup>15</sup>.

En 2019 se realizó un estudio no experimental, transversal y exploratorio como tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias con Orientación en psicología de la salud, con 102 mujeres mayores de edad de nacionalidad mexicana y con un diagnóstico médico de fibromialgia. Las edades oscilaron entre los 19 y los 68 años con una media de 45 años. Se utilizó el Cuestionario de impacto de la Fibromialgia (FIQ), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD-R), reportándose datos demográficos como edad, estado civil, último grado de estudios completados, número de hijos, con quién vive, ocupación actual, años con síntomas, años con diagnóstico y tratamiento.

Sus resultados fueron respecto a varios aspectos, el primero fueron los estilos de afrontamiento. El estilo con mayor puntuación, y por ende el más utilizado es el de Auto afirmación. Le siguen en uso: distracción, religión y autocontrol mental. Los estilos menos utilizados son catarsis y búsqueda de información. Con base en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) El 72.5% de la muestra presenta algún nivel de depresión, el nivel de depresión más común de la muestra es el estado relevante, con un 45.1%, un 84.3% de la muestra cuenta con algún nivel de ansiedad. Un 63.7% se encuentran en la categoría de ansiedad relevante y un 20.6% en considerable. La mayoría de la población reportó un impacto alto de la fibromialgia en su vida (86.3%) y solo un 2% reportó un impacto leve<sup>16</sup>.

En conclusión, respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las pacientes con fibromialgia se encontró que fueron la autoafirmación y la distracción.

Otros estudios que utilizaron el mismo instrumento en la misma población, pero de diferentes países reportan otros resultados. Encontraron afectaciones superiores en comparación con otras poblaciones ya que las pacientes mexicanas reportan niveles de ansiedad, depresión e impacto de la fibromialgia más altos que otras nacionalidades. En el estudio la única relación significativa encontrada fue entre las estrategias de afrontamiento pasivo, religión y catarsis, de manera negativa sobre la depresión. Ante mayor uso de estrategias pasivas de afrontamientos se reporta un nivel más bajo de depresión, lo cual no va acorde a la teoría de los estilos de afrontamiento<sup>16</sup>.

En Valencia, España, 2016, se diseñó un estudio transversal observacional cuyo objetivo principal era determinar la prevalencia del diagnóstico de fibromialgia entre los pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental del CSI Santa Pola, perteneciente al Departamento 20 de Salud de la Comunidad Valenciana (una unidad de salud mental), partiendo de la hipótesis de que dada las asociaciones entre fibromialgia y enfermedad mental encontradas en la literatura, ésta debe ser superior a la prevalencia obtenida en la población general<sup>17</sup>.

En sus resultados reportan una prevalencia de fibromialgia entre los pacientes atendidos en dicha Unidad de Salud Mental del 11,25 %. También reportaron una importante relación entre el diagnóstico de fibromialgia con el diagnóstico de ansiedad, con el de depresión y con el de insomnio. Los trastornos de ansiedad se asociaron a fibromialgia en un 82,69 %, con los trastornos afectivos (78,84 %). 69,23 % de los pacientes diagnosticados con fibromialgia presentaban de forma concomitante ambos diagnósticos<sup>17</sup>.

En conclusión, La prevalencia de fibromialgia en la consulta de psiquiatría de su unidad es más elevada que en la población general, en este estudio, triplica los datos establecidos para la población general. Las enfermedades mentales a las que se asocia con mayor frecuencia la fibromialgia son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo<sup>17</sup>.

En el 2017, El Carver College of Medicine de la Universidad de Iowa en Iowa City, EE.UU. se realizó un estudio en donde se examinó si la depresión y la ansiedad se relacionan diferencialmente con la fatiga, los trastornos del sueño, el dolor catastrófico, el miedo al movimiento y la intensidad del dolor en mujeres con fibromialgia. Se analizaron los datos de referencia del estudio de actividad de fibromialgia con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. De 191 participantes, el 50 por ciento informó alta ansiedad y / o depresión (17% alta ansiedad, 9% alta depresión y 24% ambas). La fatiga y la alteración del sueño se asociaron con una alta depresión ( $p < 0,05$ ). La severidad del dolor, el dolor catastrófico y el miedo al movimiento se asociaron con alta ansiedad y alta depresión ( $p < 0,05$ ). Se discuten las posibles implicaciones para los mecanismos subyacentes y la necesidad de tratamientos dirigidos<sup>18</sup>.

Los hallazgos indican que la fatiga y los trastornos del sueño se asociaron con altos niveles de depresión pero no con altos niveles de ansiedad, mientras que el dolor catastrófico, el miedo al movimiento y la gravedad del dolor se asociaron tanto con alta depresión como con alta ansiedad. Contrariamente a la hipótesis planteada, la depresión y la ansiedad no tuvieron un efecto de interacción amplificador entre sí en relación con las variables somáticas y psicológicas<sup>18</sup>.

En 2019 la Revista de Investigación clínica en Colaboración con la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Cardiología publicó, un estudio donde se realizó una encuesta transversal, unicéntrica en donde se incluyó a 413 pacientes con enfermedades reumáticas bien definidas. Los cuestionarios de salud del paciente-9 (PHQ-9) y trastorno de ansiedad generalizada (GAD) -7 se utilizaron para detectar síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente. Encontraron una frecuencia inesperada e inusualmente alta de síntomas de depresión y ansiedad no diagnosticados en pacientes de enfermedades reumatológicas. Concluyeron que las herramientas de detección auto administradas adaptadas al idioma español son útiles y pueden ayudar a los médicos a sospechar estas afecciones<sup>10</sup>.

## Justificación

La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor crónico, sueño no reparador, frecuentemente asociado con síntomas de ansiedad y depresión. La fibromialgia, debido a la cronicidad, el gran impacto clínico, social y económico, tienen efectos negativos en la vida del paciente y su entorno, es considerable y están asociados al uso elevado de los recursos del sistema de salud y a la pérdida de días laborales. De hecho, existe evidencia de que esta condición causa un importante porcentaje de desempleo (6%) e incapacidad laboral (más de 29.9%)<sup>19</sup>.

Se puede decir que existe una relación estrecha entre la fibromialgia y los síntomas afectivos y los síntomas de ansiedad tomando en cuenta la teoría de origen, relacionada con el sistema límbico y la relación bidireccional entre el dolor y el estado de ánimo<sup>8, 17</sup>, así que se plantea que coexisten con importante frecuencia, como lo propuesto por los resultados de otros estudios.

De acuerdo a las recomendaciones internacionales, el tratamiento, requiere otorgarse desde una perspectiva multidisciplinaria y con el apoyo de otras terapias no farmacológicas entre las que se incluyen el ejercicio, la ocupacional y fisioterapia, lo que implica un equipo multidisciplinario de especialistas que le den seguimiento y atención, formado por Psiquiatría, Reumatología y Medicina Familiar.

Realizar un estudio en la población que recibe el Hospital de Psiquiatría Morelos, que reporte la frecuencia con la que llegan referidos pacientes con sintomatología que cumple con el diagnóstico de fibromialgia y el uso de los criterios del Colegio Americano de Reumatología representa una forma sencilla de detección temprana, desde la primera etapa de su referencia a Psiquiatría.

El conocer la cantidad de dichos pacientes en etapas tempranas es importante para reducir el tiempo promedio en que tarda un paciente en ser diagnosticado, comenzar su tratamiento desde fases iniciales del padecimiento, además para estandarizar el manejo multidisciplinario que recomiendan las guías en espera de mejorar su calidad de vida a largo plazo.



## Planteamiento del problema

La fibromialgia es un padecimiento caracterizado por dolor musculoesquelético crónico generalizado acompañado por sensibilidad muscular, fatiga, trastornos del sueño y deterioro físico y cognitivo. Constituye uno de los trastornos de dolor crónico generalizado más frecuentes en la población, así como uno de los problemas sanitarios más actuales en los países en desarrollo. Provoca dolores que pueden llegar a ser invalidantes y afecta a la esfera biológica y social de los pacientes<sup>19</sup>. Y aunque la fisiopatología aun no es clara, el manejo actual consiste en tratamiento farmacológico, actividad física y terapia cognitivo conductual<sup>20</sup>.

De acuerdo al boletín semanal de La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad del 16 de mayo de 2016 en México entre 2 y 5 por ciento de la población padece fibromialgia y 90% es del sexo femenino. En dicha publicación se resalta la importancia de que quienes padecen esta patología sean diagnosticados y atendidos oportunamente para mejorar su calidad de vida.

Aunque la fibromialgia es una de las causas más frecuentes de dolor crónico generalizado, a menudo está infradiagnosticada<sup>21</sup>. Se ha demostrado que el diagnóstico de fibromialgia aumenta la satisfacción del paciente<sup>22</sup> y reduce la utilización de la asistencia sanitaria<sup>23</sup>.

Se ha estimado un tiempo al diagnóstico de 2,3-3,7 años luego de haber consultado a distintos especialistas previamente. Además, el 25% de pacientes presentaron limitaciones en diversos grados para realizar su trabajo como consecuencia de la Fibromialgia. La asociación entre la cronicidad de los síntomas y una peor respuesta al tratamiento sugiere que el diagnóstico y el tratamiento más tempranos pueden conducir a una mejor respuesta al tratamiento y una reducción del impacto de la afección<sup>14</sup>.

La mayoría de los estudios de pacientes con fibromialgia y su relación con la ansiedad y depresión se han hecho desde la perspectiva de Reumatología, además de que se ha realizado con la población cautiva de los pacientes en tratamiento con

fibromialgia ya diagnosticada. En esta investigación se plantea estudiar a la población enviada de primera instancia por síntomas de ansiedad y/o depresión al servicio de Psiquiatría. De esta forma se propone que se detectará la frecuencia de fibromialgia y además se realizará una detección temprana de los síntomas para dicho diagnóstico.

### **Pregunta de Investigación**

¿Con qué frecuencia se presentan los síntomas diagnósticos de fibromialgia en aquellos pacientes enviados de primera vez al Hospital de Psiquiatría Morelos por síntomas de ansiedad y depresión?

### **Objetivos**

#### **General**

Determinar la frecuencia de pacientes con síntomas de fibromialgia de quienes son referidos por síntomas de ansiedad y depresión al servicio de admisión continua del Hospital de Psiquiatría Morelos durante un trimestre del 2022.

#### **Específicos**

- Identificar con la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Hamilton a los pacientes referidos con síntomas de ansiedad y/o depresión; del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- Determinar cuántos de los pacientes con ansiedad y/o depresión cumplen con los criterios diagnósticos para Fibromialgia de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología en su revisión del 2016.
- Conocer los datos sociodemográficos de los pacientes referidos por síntomas de ansiedad y/o depresión al servicio de admisión continua del Hospital de Psiquiatría Morelos y de aquellos que cumplan con criterios de fibromialgia durante un trimestre del 2022.

## Definición de Variables

Variables	Definición		Nivel de medición	Fuente de información
	Conceptual	Operacional		
Fibromialgia	<p>La fibromialgia es una condición de salud crónica neurológica que causa dolor en todo el cuerpo y otros síntomas. Otros síntomas de la fibromialgia que los pacientes tienen con mayor frecuencia son: Sensibilidad al tacto o presión que afecta a los músculos y, a veces, a las articulaciones o incluso a la piel. Fatiga severa. Problemas para dormir (despertarse sin renovarse) Problemas con la memoria o el pensamiento claro. También puede haber depresión o ansiedad Migrañas o dolores de cabeza tensionales Problemas digestivos, vesicales o dolor témporomandibular.</p>	<p>Un paciente satisface los criterios de fibromialgia modificados de 2016 si se cumplen las siguientes 3 de las 4 condiciones:                      (1) El índice de dolor generalizado (WPI) es <math>&gt; 0 = 7</math> y la puntuación de la escala de gravedad de los síntomas (SSS) es <math>&gt; 0 = 5</math>, O WPI es de 4–6 y la puntuación de SSS es <math>&gt; 0 = 9</math>.                      (2) Debe haber dolor generalizado, definido como dolor en al menos 4 de 5 regiones. El dolor mandibular, torácico y abdominal no se incluye en la definición de dolor generalizado.                      (3) En general, los síntomas han estado presentes durante al menos 3 meses.                      (4) Un diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos. Un diagnóstico de fibromialgia no excluye la presencia de otras enfermedades clínicamente importantes.</p>	cualitativa nominal dicotómica	F. Wolfe et al, 2016 <b>Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria</b> , Seminars in Arthritis and Rheumatism 46 (2016) 319–329
Sintomatología Ansiosa	<p>La experiencia de la ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (p. ej., palpitaciones y diaforesis) y la de estar nervioso o asustado.</p>	<p>Escala de Ansiedad de Hamilton. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).</p>	cualitativa nominal	Sadock B., Sadock V., Ruiz P., <b>Kaplan &amp; Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry</b> , 11va edition, Wolters Kluwer, 2015.
Sintomatología de Depresión	<p>El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.</p>	<p>Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton. De 17 ítems                      0 – 3 No depresión                      4 – 8 Depresión menor                      9 Depresión mayor</p>	cualitativa nominal	Sadock B., Sadock V., Ruiz P., <b>Kaplan &amp; Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry</b> , 11va edition, Wolters Kluwer, 2015.
Índice de dolor Generalizado (WPI)	<p>Zonas de dolor                      Región superior izquierda (Región 1)                      Región superior derecha (Región 2)                      Región inferior izquierda (Región 3)                      Región inferior derecha (Región 4)                      Región axial (Región 5)</p>	<p>El índice de dolor generalizado WPI es <math>&gt; 0 = 7</math> y la puntuación de la escala de gravedad de los síntomas (SSS) es <math>&gt; 0 = 5</math>, WPI es de 4–6 y la puntuación de SSS es <math>&gt; 0 = 9</math>.</p>	Nominal	F. Wolfe et al, 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria, Seminars in Arthritis and Rheumatism 46 (2016) 319–329
Severidad de los Síntomas (SSS)	<p>Fatiga                      Despertando sin renovarse                      Síntomas cognitivos.</p>	<p>La puntuación de la escala de gravedad de los síntomas (SSS): es la suma de las puntuaciones de gravedad de los 3 síntomas (fatiga,</p>	Nominal	F. Wolfe et al, 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria,

Variables	Definición		Nivel de medición	Fuente de información
	Conceptual	Operacional		
	<p>Para cada uno de los 3 síntomas anteriores, indique el nivel de gravedad durante la última semana utilizando la siguiente escala:</p> <p>0 = No hay problema</p> <p>1 = Es un problema leve, generalmente leve o intermitentes.</p> <p>2 = Problema moderado, considerables, a menudo presente y / o en un nivel moderado</p> <p>3 = Grave: problema generalizado, continuo y que interfiere con la vida cotidiana</p>	<p>vigilia sin descanso y síntomas cognitivos) (0-9) más la suma (0-3) del número de los siguientes síntomas al paciente le ha molestado lo ocurrido durante los 6 meses anteriores:</p> <p>(1) Dolores de cabeza (0-1)</p> <p>(2) Dolor o calambres en la parte inferior del abdomen (0-1)</p> <p>(3) Y depresión (0-1)</p>		<p>Seminars in Arthritis and Rheumatism 46 (2016) 319–329</p>

## **Método**

### **Diseño de estudio**

Modelo descriptivo, transversal, observacional; midiendo frecuencias.

### **Participantes**

Pacientes referidos al servicio de Admisión Continua del Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos. Durante 3 meses. (Marzo 2022 – Mayo 2022)

Tamaño de la muestra: 68 (Con margen de error del 5% y Nivel de confianza de 95%)

Técnica muestral: Como el objetivo es estimar una proporción, en una población con una precisión absoluta especificada, se utiliza la siguiente fórmula, donde P es la proporción esperada,  $100(1-\alpha)$  % es el nivel de confianza y la precisión absoluta es d.

Universo: Hubo un total de 500 valoraciones para pacientes referidos al servicio de admisión continua de Psiquiatría del Hospital de Psiquiatría Morelos en el primer mes del 2022, de las cuales 295 fueron por síntomas de ansiedad y/o depresión. Se plantea que durante tres meses se verán alrededor de 885 valoraciones por Síntomas de ansiedad y/o depresión.

### **Criterios de selección: Inclusión, exclusión y eliminación.**

Inclusión. 1. Mayores de edad. 2. Derechohabientes del IMSS 3. Referidos de primera vez. 4. Referidos por síntomas de ansiedad y/o depresión.

Exclusión.1. Con comorbilidades en descontrol. 2. Pacientes Psicóticos. 3. Con discapacidad intelectual de moderada a grave. 4. Intoxicados 5. Diagnóstico de enfermedades Reumatológicas.

Eliminación. 1. Entrevistas incompletas.

## **Instrumentos**

- Criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología para Fibromialgia 2016.
- Escala de Hamilton de Depresión. (HAM-D) Es una escala administrada por entrevista. Su versión original consta de 21 ítems, tiene de 3 a 5 opciones de respuesta ordinal. La escala evalúa la gravedad de los síntomas depresivos durante la semana previa a la entrevista. La puntuación total de la escala oscila entre 0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) y 66 (síntomas depresivos graves). Las propiedades psicométricas de la versión española han sido evaluadas en diversos estudios. La escala de Depresión de Hamilton modificada por Conde-Franch evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo; ha demostrado fiabilidad aceptable y validez adecuada en diferentes incluyendo en población de hispanos y en afroamericanos. En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna.
- Escala de Hamilton de Ansiedad. (HARS) Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Es una escala administrada por un tercero de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que un entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad).

En su versión original, la escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas y es profusamente utilizada en la evaluación clínica del trastorno de ansiedad. La traducción del cuestionario HARS al español se efectuó siguiendo un procedimiento de traducción retro traducción.

## **Procedimiento**

- Durante marzo de 2022 se solicitó la autorización de autoridades mediante la expedición de un escrito dirigido al Director, la Subdirectora, al Administrador y al Jefe de enseñanza del Hospital de Psiquiatría Morelos.

- A partir de marzo de 2022 y hasta mayo de 2022 se captó a la población durante las valoraciones del servicio de admisión continua de los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y no tenían criterios de exclusión.

A) Durante la valoración a cada paciente referido al servicio de Admisión continua, en el Hospital de Psiquiatría Morelos, se revisó nota de referencia para identificar si el paciente es referido por sintomatología de ansiedad y/o de depresión.

B) En caso de cumplir los criterios de inclusión, se le planteó al paciente, participar en nuestro estudio, otorgando información al respecto y entregándole el consentimiento informado para que pueda ser incluido.

C) Una vez que el paciente autorizaba, se le realizó la escala de Hamilton de Ansiedad y la de Depresión para constatar los síntomas que presentaba el paciente.

D) Al reconocer las características anteriores y verificar los criterios de inclusión y exclusión, se realizó exploración y entrevista correspondiente para aplicar los criterios diagnósticos de Fibromialgia del CAR con autorización del paciente.

E) De cumplir o no las características del diagnóstico de Fibromialgia se le comunicó al paciente y se guardaron los resultados para la estadística del estudio.

De acuerdo al Artículo 17 de la Ley General de Salud, esta Investigación corresponde a una con riesgo mínimo: riesgo de datos a través de procedimientos comunes psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

El protocolo previo a su ejecución, fue evaluado por el comité de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. El estudio se realizó de acuerdo con los estándares

éticos del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas (2013). Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg y el informe Belmont.

El consentimiento informado se obtuvo directamente de los participantes en el estudio.

## Análisis de datos

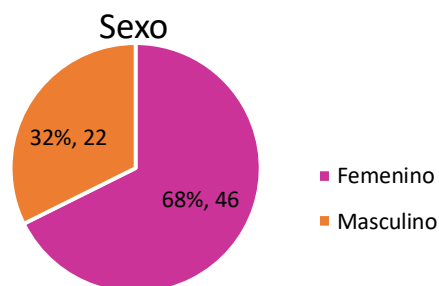
Se utilizó el programa SPSS para obtener la frecuencia de pacientes con síntomas de fibromialgia entre quienes son referidos por síntomas de ansiedad y/o depresión al servicio de admisión continua del Hospital de Psiquiatría Morelos durante el un trimestre del 2022, además de realizarse cálculos de medidas de tendencia central para las variables cualitativas descritas las cuales se presentan en forma de gráficas que permiten la evaluación de los resultados. Se realizó cálculo de Chi Cuadrada de Independencia para Hipótesis alternativa para determinar si el Puntaje Positivo a Fibromialgia y la Clasificación de Depresión Mayor de acuerdo al HAM-D no son independientes.

## Resultados

### Análisis demográfico

Para el estudio se consiguió una muestra total de 68 pacientes. De estos, en la distribución se encontró una mayoría de pacientes femeninos, representando aproximadamente 2/3 partes de la población total (68%). En

la distribución por edad se encontró Rango 55 años, mínimo 18 y máximo 73 años, con una media de 38.25 años, moda y mediana de 30 con  $\sigma=15.17$ . El 68% de la muestra tiene una edad de 40 años o menos, con un 10% mayor a 60 años, con el grupo de menor representación aquellos entre los 41 y 51 años, siendo solo el 4% de la muestra



Gráfica 1. Distribución por sexo de muestra



total. Así mismo, se tomaron otros datos sociodemográficos incluyendo ocupación, escolaridad, estado civil y religión.

En la ocupación, se encontró en la muestra como principales a estudiantes (41%), Empleados (32%) y Trabajadores del Hogar (18%),

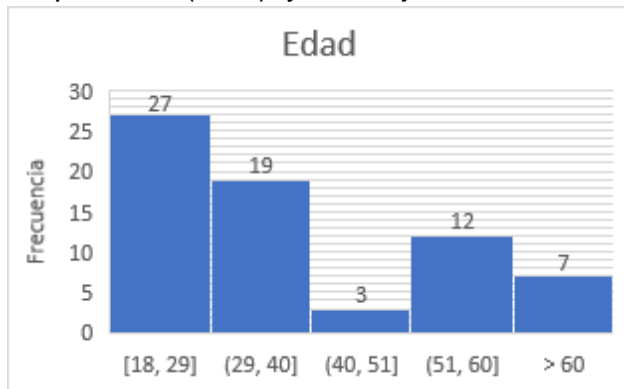
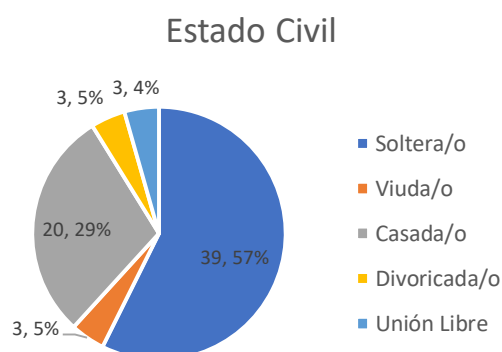
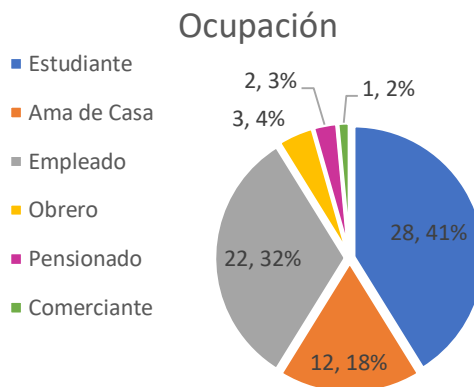


Gráfico 2. Distribución por edad de población



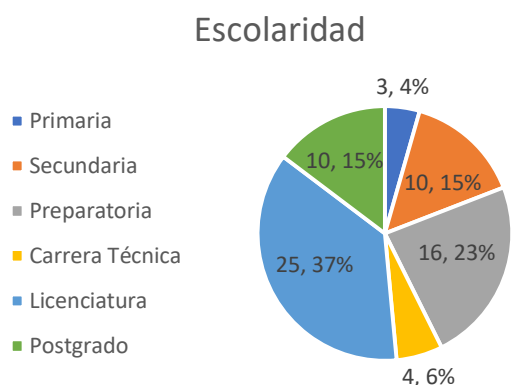
(18%), representando más del 90% de la población muestra. El resto de la población se distribuyó en obreros, pensionados, y en un solo caso comerciantes. Dicha distribución es concordante con lo esperado al haber tomado a la muestra en población institucional. En un rubro similar, se encontró en escolaridad, en primer lugar con Licenciatura (35.37%) o superior (10.15%), siendo el siguiente grupo más representado el de bachillerato/preparatoria (16.23%), con menos del 20% con educación de secundaria (10.15%) o menor (3.4%). Considerando la población, se encuentra una sobre representación en la muestra de educación superior.

Gráfico 3. Distribución de muestra por ocupación

En lo referente a Estado civil, se encontró como grupo de mayormente representado el de soltera/o, siendo más de la mitad de la muestra (57%), el siguiente grupo con mayor

representación es el de casada/o, que representa menos de una tercera parte de la muestra (29%). El resto de la población se distribuye de manera similar en los grupos de Viuda/o (5%), Divorciada/o (5%) u Unión Libre (4%).

Gráfica 4. Distribución por estado civil de la población

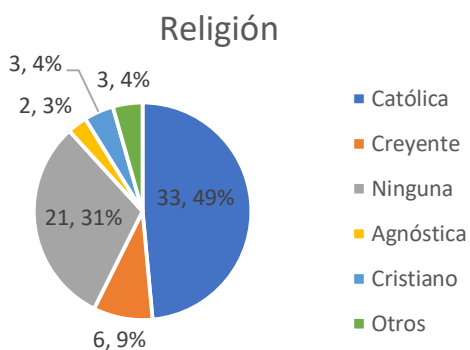


Gráfica 5. Distribución muestral por escolaridad

En

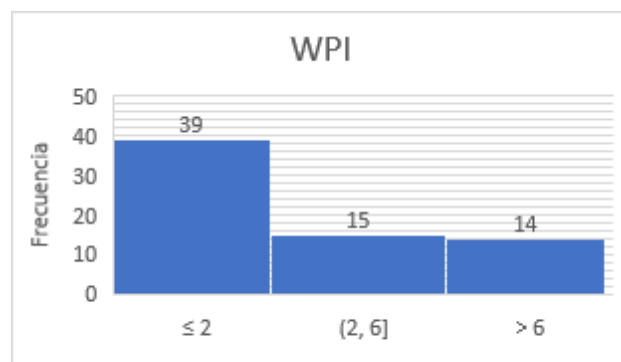
referencia a Religión, se encontró con mayor representación en los grupos que se identifican como católicos (49%) y sin religión (31%), representando el 80% de la muestra. Del porcentaje restante, casi la mitad se identifican como creyentes (9%),

siendo el porcentaje restante distribuido de manera similar en agnósticos (3%), cristiano (4%) y otros (4%).



Posteriormente se realizaron escalas de puntaje para Fibromialgia, a través del *Widespread Pain Index (WPI)* y el *Symptom Severity Score (SSS)*, complementando con criterios diagnósticos de presencia de dolor en 4/5 regiones y duración de sintomatología por más de 3 meses, para lograr integrar diagnóstico de Fibromialgia. Como puntos de corte se tomaron en cuenta  $WPI \geq 7$  y  $SSS \geq 5$  o bien  $WPI$  3-6 y  $SSS \geq 9$ . En la distribución de puntaje de WPI, se encontró 57% de la muestra con puntaje menor a 3, por lo que se excluye de antemano diagnóstico de

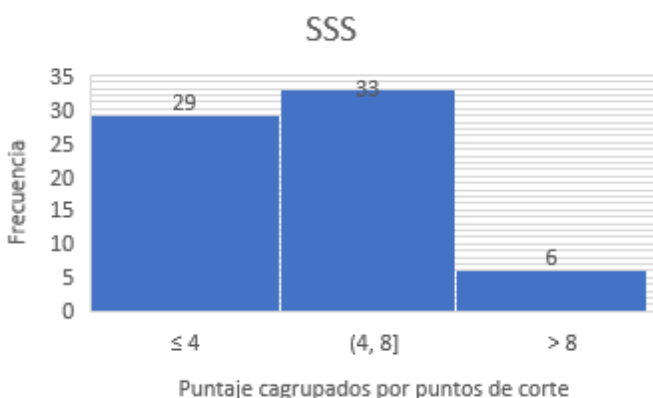
*Widespread Pain Index (WPI)* y el *Symptom Severity Score (SSS)*, complementando con criterios diagnósticos de presencia de dolor en 4/5 regiones y duración de sintomatología por más de 3 meses, para lograr integrar diagnóstico de Fibromialgia. Como puntos de corte se tomaron en cuenta  $WPI \geq 7$  y  $SSS \geq 5$  o bien  $WPI$  3-6 y  $SSS \geq 9$ . En la distribución de puntaje de WPI, se encontró 57% de la muestra con puntaje menor a 3, por lo que se excluye de antemano diagnóstico de



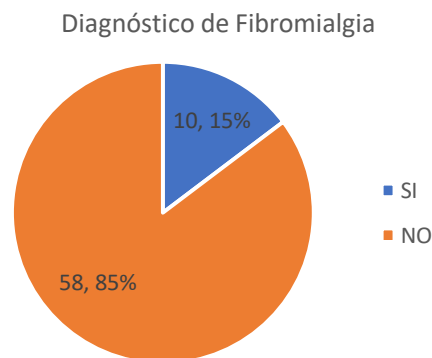
Gráfica 7. Puntaje de WPI. Puntos de corte <3, 3-6 y mayor o igual a 7.

Fibromialgia; 21% con puntaje  $\geq 7$ , con el 22% restante con puntuación entre 3 y 6.

En los resultados de SSS se encontró un 43% sin puntaje para criterio de fibromialgia (menor a 5); del 57% restante su mayoría (49%) con puntuaciones intermedias y solo un 9% con puntuaciones diagnósticas definitivas (mayor o igual a 9).

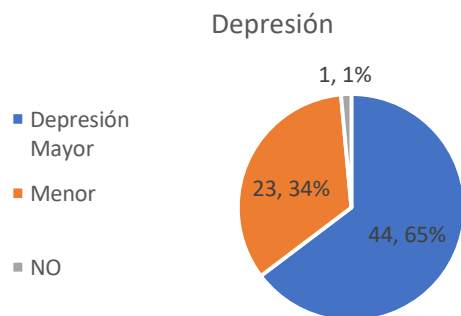


Gráfica 8. Puntaje SS. Puntos de corte menor a 5, 5-8, mayor o igual a 9



Gráfica 9. Prevalencia de Fibromialgia, utilizando puntaje WPI, SSS, 4/5 regiones afectadas y duración de 3+ meses

Con las puntuaciones obtenidas en el WPI y el SSS, junto con los otros criterios previamente mencionados, se encontró una frecuencia en la muestra obtenida del 10.15%, con 10 pacientes cumpliendo todos los criterios necesarios para hacer su diagnóstico. Adicional a buscar la prevalencia de Fibromialgia, también se realizaron encuestas en búsqueda de sintomatología de depresión y ansiedad, para lo cual se utilizaron las escalas de Hamilton para depresión (*Hamilton Depression Rating Scale* o HAM-D) y para ansiedad (*Hamilton Anxiety Rating Scale* o HARS/HAM-A).

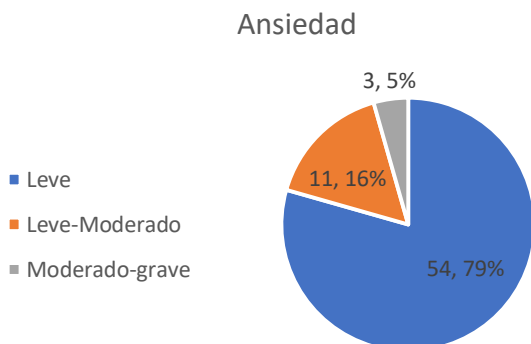


Los puntajes del HAM-D tuvieron un

Gráfica 10. Distribución de diagnóstico de Episodio Depresivo con base en HAM-D. Depresión mayor ( $>9$ ), Depresión menor (4-8) y Sin depresión (0-3 puntos)

rango de 32 puntos con un mínimo de 0 y un máximo de 32, con media de 11.76, mediana de 11 y moda de 6, con un  $\sigma = 6.463$ ; los puntajes de HARS se distribuyeron con un rango de 29, con un mínimo de 0, máximo de 29, con media de 11.12, mediana de 10, moda 3

con un  $\sigma = 7.121$ . Posteriormente se utilizaron estos puntajes para clasificarlos; el HAM-D se clasificaron en tres grupos: Sin depresión (0-3 puntos), depresión menor (4-8 puntos) o depresión Mayor (9 o mayor). Así mismo se clasificó los puntajes de ansiedad



entre ansiedad leve ( $\leq 17$ ), leve-moderada (18-24) y moderada-severa ( $\geq 25$ ).

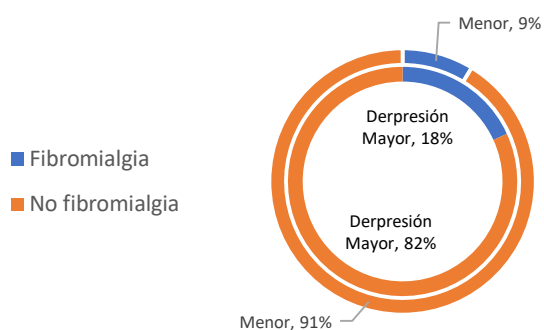
Se realizaron inicialmente pruebas cruzadas entre los diferentes puntajes

*Gráfica 9. Distribución por gravedad de síntomas de ansiedad con base en HARS. Síntomas leves ( $\leq 17$ ), leves-moderados (18-24) y moderados-graves ( $\geq 25$ )*

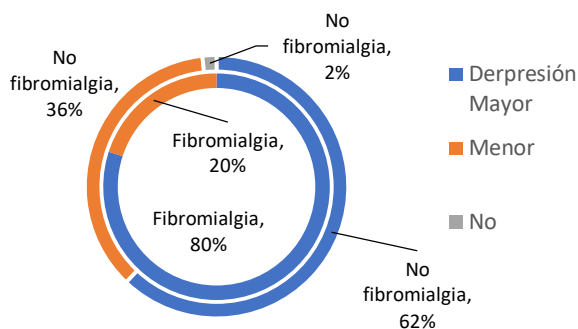
(SSS y WPI) con los resultados de HAM-D y HARS. Entre el WPI y el puntaje del HARS no se encontró una relación estadísticamente significativa con un valor de  $\chi^2 = 362$  y  $p = 0.313$ ; de manera similar entre el SSS y el puntaje de HARS, no existió una relación estadísticamente significativa  $\chi^2 = 270.385$  y  $p = 0.179$ ; como también ocurrió entre el SSS y el HAM-D, con  $\chi^2 = 250.295$  y  $p = 0.079$ ; sin embargo, entre WPI y HAM-D si existió una significancia estadística, con una  $\chi^2 = 375.086$  y  $p = 0.005$ . Posteriormente, se analizaron de manera cruzada las relaciones entre la clasificación de Depresión y de Ansiedad con el diagnóstico de Fibromialgia.

En el cruce entre Depresión y Fibromialgia se encontró una  $\chi^2 = 79.444$  y  $p < 0.001$ , encontrándose una asociación estadística altamente significativa. De aquellos pacientes con diagnóstico final de Fibromialgia, 80% cumplió con puntaje por HAM-D para

depresión mayor y 20% para depresión menor; de manera alterna, de los pacientes con



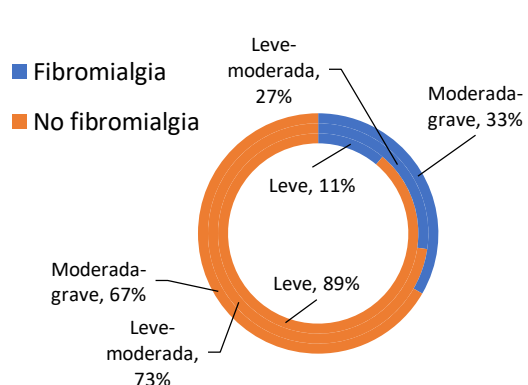
Gráfica 11. Diferencia en distribución de diagnóstico de Fibromialgia en aquellos pacientes con Depresión Mayor y Depresión Menor por HAM-D



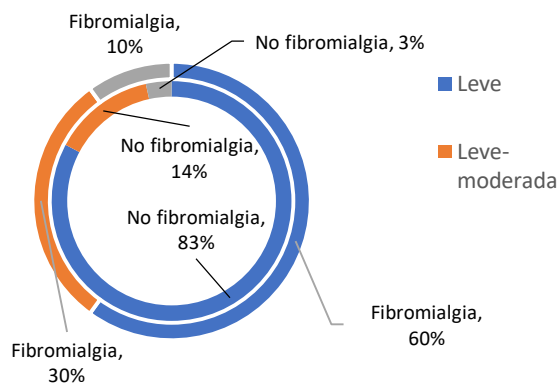
Gráfica 10. Diferencia en distribución de Depresión Mayor y Depresión Menor por HAM-D en aquellos pacientes con diagnóstico de Fibromialgia

Depresión Mayor, 18% cumplió criterios también para Fibromialgia.

De manera similar, se realizaron pruebas cruzadas entre la Clasificación de síntomas de ansiedad con el diagnóstico de Fibromialgia encontrando otra asociación estadísticamente significativa con  $\chi^2=81.179$  y  $p<0.001$ . Se encontró que en aquellos pacientes que cumplieron criterios para Fibromialgia 10% tuvo sintomatología de ansiedad moderada-severa, contra solo 3% de aquellos pacientes que no cumplieron con criterios de Fibromialgia. De manera alterna, el porcentaje de pacientes que cumplían criterios para fibromialgia aumenta con relación a la severidad de la ansiedad:



Gráfica 13. Diferencia en distribución de diagnóstico de Fibromialgia en aquellos pacientes con diferentes grados de gravedad de ansiedad por HARS



Gráfica 12. Diferencia en distribución de diferentes grados de gravedad de ansiedad por HARS en aquellos pacientes con diagnóstico de Fibromialgia

11% de los pacientes con ansiedad leve, 27% de los pacientes con ansiedad leve-moderada, y el 33% de los pacientes con ansiedad moderada-grave.

## **Discusión**

Tomando como referencia estudios previos recientes tanto en nuestro país como en otros países que comparten similitudes económicas y sociales, podemos identificar que en su mayoría se trata de estudios enfocados en población cautiva con padecimientos reumatológicos, que fueron evaluados en ocasiones de forma indirecta o retrospectiva, que brinda casi exclusivamente una perspectiva reumatológica con distintos sesgos, excluyendo la perspectiva psicopatológica a pesar de la frecuencia con que existe la comorbilidad con padecimientos afectivos, cognitivos y conductuales.

En el actual estudio se eligió una población referida a nuestra unidad que pertenece al tercer nivel, enfocada en la Salud Mental, lo que permitió una amplia gama de pacientes referidos desde distintas partes de la zona conurbada de la Ciudad de México, en su mayoría mujeres en edad productiva, pero acompañada de una muestra representativa de pacientes masculinos. Al tratarse de un estudio transversal, se realizaron evaluaciones al momento, de forma personal por la entrevistadora, lo que permitió disminuir algunos sesgos experimentados en otros estudios.

En cada una de las entrevistas clínicas, a través de las evaluaciones descritas se pudo encontrar una cantidad importante de pacientes que viven con dolor, quienes no cumplen con criterios de Fibromialgia, sin embargo, con una evolución que podría, a posteriori; cumplir con dichos criterios.

Al final del estudio podemos concluir que la frecuencia de fibromialgia de la población estudiada representó un porcentaje superior comparado con la prevalencia en población general mexicana, reforzando la idea de la importancia de la evaluación del dolor de primera instancia en pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva. En el caso de la mayoría de los pacientes, aún no existía un impacto negativo en la funcionalidad de su vida cotidiana.

Se puede apreciar que si bien la frecuencia de Fibromialgia es más de 3 a 7 veces más alta en los pacientes con síntomas de depresión y ansiedad (15%) vs población general (2-5%). Aún más, puede verse que a mayor gravedad de sintomatología ansiosa y depresiva, mayor relación con el diagnóstico de Fibromialgia; de manera alterna, pero en el mismo rubro, los pacientes con fibromialgia tienden a tener mayor gravedad en sintomatología depresiva y ansiosa.

A cada paciente que cumplió con los criterios diagnósticos se le pudo iniciar manejo oportuno y un envío al servicio de Reumatología para comenzar el manejo interdisciplinario.

A partir de este estudio se podrían plantear otros estudios, en esta ocasión prospectiva para dar seguimiento a la evolución de cada uno de ellos e incluso ampliar la muestra para conocer con mayor detalle el impacto de la intervención oportuna que representó la intervención para el presente protocolo.

Dentro de las limitaciones, se identifica que al ser unicéntrico, se limita el estudio de la población a aquellos que son derechohabientes de nuestra institución, sesgando las características de la muestra poblacional. En ausencia de la participación del servicio de Reumatología, se pierde la continuidad y el manejo interdisciplinario que recomiendan las guías para el tratamiento óptimo de los pacientes, dificultando el seguimiento para corroborar o descartar el diagnóstico, que se proponía al inicio del protocolo.

## Referencias

1. Bartkowska W, Samborski W, Mojs E. (2018) Cognitive functions, emotions and personality in women with fibromyalgia. *Anthropol Anz.* Dec 11;75(4):271-277.
2. Cabo-Meseguer A., Cerdá-Olmedo G., Trillo-Mata J., (2017) Fibromialgia: Prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos, *Med Clin (Barc)*, 2017;149(10):441-448
3. Arnold L., Choy E., Clauw D., (2016) Fibromyalgia and Chronic pain syndromes: A white paper detailing current changes in the field, *Clin J Pain* Volume 32, Number 9, September 2016;32:737-746
4. Cordero-Gessa A, Espejo-Antúnez L. (2019) Eficacia de la estimulación magnética transcraneal de baja intensidad en mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Un estudio piloto. *Fisioterapia*. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.01.003>
5. Guzmán-Silahua S., Muñoz-Gaytán D., Mendoza-Vázquez G., (2018) Fibromialgia, Unidad de Investigación Biomédica 02, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mayo-Agosto 2018 / Volumen 13, Número 2. p. 62-67
6. Garaigordobil M., Govillard L., (2016), Síntomas psicopatológicos en personas con Fibromialgia: una reflexión. *Interdisciplinaria*, vol. 33, núm. 2, pp. 355-374, 2016.
7. Gelonch O, Garolera M, Valls J, Castellà G, Varela O, Rossello L, et al. (2018) The effect of depressive symptoms on cognition in patients with fibromyalgia. *PLoS ONE* 13(7): e0200057
8. Del Pozo-Cruz J, Alfonso-Rosa RM, Castillo-Cuerva A, Sañudo B, Nolan P, Del Pozo-Cruz B. (2015) Depression symptoms are associated with key health outcomes in women with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Int J Rheum Dis.* 2017 Jul;20(7):798-808.
9. Miguel A. Vallejo, Javier Rivera, Joaquim Esteve-Vives, María F. Rodríguez-Muñoz, Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to evaluate anxiety and depression in fibromyalgia patients. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, Volume 5, Issue 2, April–June 2012, Pages 107-114.



10. Pérez-García LF, Silveira LH, Moreno-Ramírez M, et al. (2019) Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Mexican Patients with Rheumatic Diseases Determined by Self-Administered Questionnaires Adapted to the Spanish Language. *Rev Invest Clin.* 2019;71(2):91-97
11. Malin K., Littlejohn G., (2012) Personality and Fibromyalgia Syndrome, Department of Medicine, Monash University, Melbourne, Australia, *The Open Rheumatology Journal*, 2012, 6, 273-285.
12. Bucourta E., Martailleb V., Mullemanb D., (2016) Comparison of the Big Five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases, *Société française de rhumatologie. Joint Bone Spine xxx* (2016) xxx–xxx
13. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M, (2002), Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*, 29(3):588-94.
14. Choy E., Perrot S., Leon T., Kaplan J., (2010) A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis, *BMC Health Services Research*, 10:102
15. R.J. Regal Ramos, (2017) Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid, *Semergen.* 2017;43(1):28---33, Madrid, España
16. De León González A., (2019) Ansiedad, Depresión, Afrontamiento e impacto de la fibromialgia, Universidad autónoma de Nuevo León, facultad de psicología, Nuevo León, México
17. Bonete-Llácer JM, Rico-Gomis.JM, (2016) Fibromialgia y salud mental. Análisis de prevalencia y comorbilidades, *C. Med. Psicosom*, N° 119 – 2016
18. Hadlandsmyth K., Dailey D., (2017) Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety, *Journal of Health Psychology* 1– 11.
19. Collado A, Torresi X, Arias i Gassol A, Cerdà D, Vilarrasa R; Valdés M. (2001) Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Medicina Clínica (Barc)*, 117:401-5

20. Carville SF, Arendt-Nielsen L, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, (2008) EULAR Evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis*.;67 (4):536–41.

21. Perrot S., (2008) Fibromyalgia syndrome: a relevant recent construction of an ancient condition *Curr Opin Support Palliat Care*, 2(2):122-7.

22. White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M, (2002), Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol*, 29(3):588-94.

23. Hughes G, Martinez C, Myon E, Taïeb C, Wessely S., (2006) The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum*, 54(1):177-83.

## Anexos

### Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
Carta de consentimiento informado para participación en  
protocolos de investigación**

- Nombre del estudio: Prevalencia de síntomas de fibromialgia en pacientes referidos al Hospital de Psiquiatría Morelos, con sintomatología depresiva y/o ansiosa
- Patrocinador externo (si aplica): No aplica.
- Lugar y fecha: Hospital de Psiquiatría Morelos, Marzo – Mayo 2022.
- Número de registro institucional: Hospital de Psiquiatría Morelos, Marzo – Mayo 2022.
- Justificación y objetivo del estudio: La fibromialgia es una enfermedad que consiste en dolor corporal intenso, difícil de manejar que puede tener consecuencias negativas importantes en la vida de quien la padece. En México entre 2 y 5 por ciento de la población padece fibromialgia y 90% es del sexo femenino, debemos resaltar la importancia de que quienes padecen esta patología sean diagnosticados y atendidos oportunamente para mejorar su calidad de vida. En esta investigación se plantea estudiar a todas las personas enviadas de otras clínicas por síntomas de ansiedad y/o depresión al servicio de Psiquiatría. Aplicándoles una escala podemos detectar quien puede tener fibromialgia y así canalizarlos a los especialistas correspondientes para estudios y tratamiento oportuno.
- Procedimientos: El médico aplicará con previo consentimiento informado, los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología para Fibromialgia 2016, la escala de Hamilton de Depresión, (HAM-D) y la escala de Hamilton de Ansiedad, (HARS), los cuales constan de preguntas breves, que el participante contestará libremente, en todos los casos, se garantiza el anonimato, la confidencialidad y el uso estrictamente académico de la información, su llenado tomará aproximadamente 35 minutos en total. La información que se obtenga será recabada en una base de datos para su posterior análisis.
- Posibles riesgos y molestias: Su colaboración en este estudio se clasifica de riesgo mínimo, debido a que no se realizan procedimientos invasivos. Algunas preguntas pueden generarle incomodidad, ya que pueden tocarse temas de su intimidad en el área sexual, emocional y físicas.
- Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Su participación en esta investigación será de utilidad ya que en caso de resultar con probable fibromialgia, se le canalizará a las especialidades que correspondan, para iniciar su atención oportuna y tratamiento.
- Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados de las evaluaciones aplicadas serán de su conocimiento de forma individual una vez concluya el estudio.
- Participación o retiro: Usted es libre de negarse a participar en este estudio. En el caso de que acepte, es libre de retirarse del mismo en cualquier momento, sin que esto afecte la atención que el IMSS le proporciona.
- Privacidad y confidencialidad: La información relacionada con su privacidad será operada con suma confidencialidad. Sus datos personales no serán publicados ni presentados en algún sitio. Los resultados del estudio podrán ser utilizados con fines académicos en cursos, congresos y/o ponencias. Usted no será identificado en las presentaciones o publicaciones que se deriven de esta investigación. La totalidad de los datos proporcionados durante el estudio serán protegidos, incorporados y tratados de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el reglamento de la citada Ley y la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012. Del expediente clínico y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador

Responsable:

Dr. Miguel Palomar Baena Matrícula 8708029 Cel 55 17 31 61 39 miguel.palomar@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dra. Astrid Margarita Gómez Huerta Matrícula 97364808 Cel. 5512924608 astridgoh.md@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Calle Seris, sin número esquina Zaachila, Colonia La Raza, Alcaldía Azcapotzalco, Código Postal 02990, Ciudad de México. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

**Astrid Margarita Gómez Huerta**  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-014**

