

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología



TESIS DOCTORAL

**CONCEPTUACIÓN DE LA FIBROMIALGIA EN
PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES**

*Doctorado en Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la
Salud*

Autor: Rubén Uclés Juárez

Director: Adolfo Cangas Díaz

Codirector: Emilio Moreno San Pedro

Febrero, 2020

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología

TESIS DOCTORAL

**CONCEPTUACIÓN DE LA FIBROMIALGIA EN
PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES**

**CONCEPTUATION ON FIBROMYALGIA AMONG
HEALTHCARE PROVIDERS AND PATIENTS**

Autor: Rubén Uclés Juárez

Director: Adolfo Cangas Díaz

Codirector: Emilio Moreno San Pedro

*Programa de Doctorado en Análisis Funcional en Contextos
Clínicos y de la Salud*

Esta tesis ha sido financiada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (FPU2013/01660).

A Juani y Enrique

El juez determina qué es legal y quién culpable. El sacerdote declara qué es sagrado y quién rompió el tabú. El médico decide qué es un síntoma y quién se encuentra enfermo. Es un empresario moral, investido con poderes inquisitoriales para descubrir ciertos entuertos a enderezar.

IVÁN ILLICH, *Némesis Médica*, 1974

AGRADECIMIENTOS

A David, José, Ana y Juan, por su inestimable ayuda tanto dentro y como fuera del ámbito académico. Una parte de ellos está en esta tesis, y no solo a nivel intelectual. Recuerdo los periplos junto a David en el Hospital de Torrecárdenas tratando de sobrevivir a las aburridas y absurdas burocracias.

A Paul y Janine, quienes, sin conocerme de nada, me dieron la confianza y oportunidad de emprender juntos uno de los estudios que conforman esta tesis y de realizar mi estancia doctoral en la Universidad Libre de Bruselas.

A Adolfo, mi director, y Emilio, mi codirector, por su ayuda durante estos años de tesis.

A María y José, mis padres, y a Raquel, Raúl y María José, mis hermanos, por haberme transmitido buenos valores y apoyo. Gracias también a las experiencias malas vividas junto a ellos, que me ayudaron a comprender que de lo malo también se sale.

A mi abuelo, *in memoriam*.

A Lola y Antonio, mis tíos, quienes fueron al aeropuerto a despedirme camino a Bruselas. Gracias también al arroz insuperable de mi tía, cuyas calorías nutricionales se han invertido en gran parte de esta tesis.

A Loli y Fran, como una madre y un hermano, respectivamente.

A Jesús, porque sin él nada de esto hubiera sucedido. Una fuente de inspiración y aprendizaje para mí, y a quien considero el mejor profesor de psicología que ha pasado por esta universidad. Con él comencé a estudiar las creencias en fibromialgia en mi tesina de máster, para posteriormente continuar con estos estudios de doctorado. Desgraciadamente, las adversidades de la vida nos separaron del camino... Gracias, Jesús, por darme la oportunidad.

A Enrique, mi sobrino, al que quiero como un hijo. La alegría y espontaneidad en persona.

Y a Juani, el pilar de mi vida. Desde los 18 años compartiendo una vida de alegrías y tristezas. Esta tesis tiene parte de ella.

ABREVIACIONES

ACR: Colegio Americano de Reumatología (*American College of Rheumatology*)

AINES: Antiinflamatorios No Esteroideos

AP: Participantes de Atención Primaria (Estudio 1)

APS: Asociación Americana del Dolor (*American Pain Society*)

AWMF: Asociación de Sociedades Científicas Médicas en Alemania (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*)

DSM-I: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Primera Edición

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición

ES: Participantes de España (Estudio 2)

EULAR: Liga Europea Contra el Reumatismo (*European League Against Rheumatism*)

FM: Fibromialgia

HA: Participantes de Hispanoamérica (Estudio 2)

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain*)

IPQ-R: Cuestionario de Percepción de Enfermedad-Revisado (*Illness Perception Questionnaire-Revised*)

MI: Participantes de Medicina Interna (Estudio 1)

NREM: Fase del sueño Sin Movimientos Oculares Rápidos (*Non-Rapid Eye Movement Sleep*)

RE: Participantes de Reumatología (Estudio 1)

SEFIFAC: Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica

SM: Participantes de Salud Mental (Estudio 1)

SNC: Sistema Nervioso Central

SNP: Sistema Nervioso Periférico

SSS: Escala de Severidad de Síntomas (*Symptom Severity Scale*)

UGC: Unidad de Gestión Clínica

WPI: Índice de Dolor Generalizado (*Widespread Pain Index*)

ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	14
I. MARCO TEÓRICO.....	17
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	17
1. Definición, impacto y epidemiología de la fibromialgia.....	17
2. Diagnóstico y comorbilidad de la fibromialgia.....	18
3. Fisiopatología e hipótesis etiológicas de la fibromialgia.....	21
4. Tratamientos y manejo clínico de la fibromialgia.....	23
CAPÍTULO 2. LA FIBROMIALGIA EN EL CONTEXTO TEÓRICO: RECORRIDO HISTÓRICO Y ANÁLISIS CRÍTICO.....	25
1. La fibromialgia desde el punto de vista reumatológico.....	27
1.1. La fibrositis como «cajón de sastre».....	27
1.2. Fibrositis vs. reumatismo psicógeno.....	28
1.3. Reformulación conceptual de la fibrositis y primeras explicaciones neurofisiológicas.....	31
1.4. La fibrositis de los puntos gatillo y las alteraciones neuroquímicas.....	33
1.5. Transformación nominativa de la fibrositis en fibromialgia.....	37
1.6. La fibromialgia como un síndrome disfuncional Inmunoneuroendocrino.....	38
1.7. La fibromialgia de los Criterios del Colegio Americano de Reumatología (1990) y la Declaración de Copenhage.....	42
1.8. La medicalización de la fibromialgia y el escepticismo hacia su conceptualización.....	44

2. La fibromialgia desde otras perspectivas: la histeria, neurastenia y trastornos somatomorfos.....	46
2.1. La histeria como germen de enfermedades en la Época Clásica.....	47
2.2. La histeria como posesión demoníaca en la Edad Media.....	48
2.3. La histeria en la Era Moderna.....	50
2.4. La neurastenia de George M. Beard.....	52
2.5. La histeria de Charcot, Breuer y Freud.....	53
2.6. La histeria en la actualidad.....	57
II. PARTE EMPÍRICA.....	61
CAPÍTULO 3. LA FIBROMIALGIA EN EL CONTEXTO CLÍNICO: CONCEPTUACIÓN DE LA FIBROMIALGIA ENTRE PROFESIONALES Y PACIENTES.....	61
1. Justificación.....	61
2. Objetivos.....	64
3. Estudio 1. Creencias y conocimientos en profesionales de la salud de España.....	65
3.1. Introducción.....	65
3.2. Método.....	73
3.3. Resultados.....	76
3.4. Discusión.....	81
4. Estudio 2. Creencias y conocimientos sobre la fibromialgia en pacientes de España e Hispanoamérica.....	85
4.1. Introducción.....	85
4.2. Método.....	90

4.3. Resultados.....	94
4.4. Discusión.....	97
5. Estudio 3. Creencias y conocimientos en profesionales de la salud de distintos países: ¿existen diferencias culturales?.....	100
5.1. Introducción.....	100
5.2. Método.....	101
5.3. Resultados.....	105
5.4. Discusión.....	109
CAPÍTULO 4. Limitaciones, recomendaciones futuras y conclusiones.....	110
1. Limitaciones.....	110
2. Recomendaciones futuras y aportaciones.....	112
3. Conclusiones.....	113
4. Conclusions.....	116
III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
IV. ANEXO.....	144

RESUMEN

Introducción

Los síntomas propios de la fibromialgia han sido conceptuados y clasificados de distintas formas a lo largo de la historia, ya sea como una forma de neurosis o como una entidad musculoesquelética o inmunoneuroendocrina, siendo esta última la más aceptada actualmente por las principales guías de manejo de la fibromialgia y asociaciones internacionales. Sin embargo, las características emocionales y factores psicosociales tan habituales en esta población han puesto en tela de juicio las sucesivas conceptualizaciones biomédicas. La consecuencia de todo esto se tradujo en una mala delimitación nosológica y conceptual, dándose un mal uso del diagnóstico y dificultades en el manejo clínico. Por otro lado, la proliferación del número de pacientes con fibromialgia y las características emocionales habituales genera cierta «susplicacia» respecto a la naturaleza de la entidad. Asimismo, los pacientes se perciben rechazados por los profesionales médicos, además de confundidos y frustrados por padecer una enfermedad cuya causa se desconoce.

Objetivo

El objetivo general de esta tesis fue explorar cuál es la conceptualización de los profesionales de la salud y pacientes respecto a la fibromialgia. El objetivo específico fue el de analizar las posibles diferencias en su conceptualización, por un lado, entre pacientes con fibromialgia y, por otro lado, entre médicos de distintos países y continentes.

Método

Se trató de tres estudios descriptivos, *ex post facto* y transversales mediante el uso de cuestionarios elaborados *ad hoc*. El primer estudio contó con 103 profesionales de la salud de

distintas unidades de gestión clínica —atención primaria, reumatología, medicina interna y salud mental— de centros y hospitales de la provincia de Almería. En el segundo estudio participaron 603 pacientes con fibromialgia adscritos a distintas asociaciones de pacientes de España y de países de Hispanoamérica. Y el tercer estudio contó con 284 médicos de los cinco continentes. En cuanto al muestreo, en el Estudio 1 y 2 se siguió un muestreo no probabilístico por conveniencia, y en el Estudio 3, un muestreo no probabilístico de bola de nieve.

Resultados

En el primer estudio, el 59,7% de los médicos de atención primaria y el 66,7% de los médicos internistas indicaron una conceptualización de la fibromialgia basada en la somatización, frente a la ausencia de reumatólogos que así lo indicaron. El 58,9% de profesionales de atención primaria indicó que “en ningún caso ha de considerarse” como una enfermedad discapacitante, aunque sí resulta fundamental su diagnóstico para el 57,5%. Asimismo, más del 70% de los profesionales de atención primaria, salud mental y medicina interna no la diferencian bien de otras entidades, siendo la más frecuente los trastornos del ánimo. La combinación de tratamientos que más se mencionó con un 27,2% fue aquél que combina un tratamiento farmacológico, físico, psicológico y educativo.

En cuanto al segundo estudio, los pacientes atribuyeron a su fibromialgia los síntomas de dolor de garganta, irritación ocular y pitos o silbidos en el pecho, resultando mayor la proporción de participantes de España que así lo atribuyeron. Para el 45% de los participantes de España no existe ningún tipo de tratamiento farmacológico que logre mitigar sus síntomas frente al 33,3% de los pacientes de países hispanoamericanos. Asimismo, mayor proporción de pacientes de países de Hispanoamérica encuentran eficaces en alguna medida los complementos alimenticios (21,9%) y algunas pseudoterapias (18,1%), en comparación con

los pacientes españoles (6% y 5%, respectivamente). Las causas que se atribuyeron en mayor medida fueron el estrés, la herencia, los traumas psicológicos y los problemas emocionales.

Los resultados del tercer estudio mostraron creencias sobre falsos signos y síntomas, como los puntos gatillo, mencionados por el 18,5% de todos los participantes y en mayor medida en aquellos continentes más industrializados. Otros falsos síntomas citados fueron los problemas musculoesqueléticos (5,3%) o problemas de tipo inflamatorio o vascular. El 32,2% de los participantes otorgaron a los problemas psicológicos o del comportamiento el papel de causa de la fibromialgia. Asimismo, el 17,4% otorgó dicho papel a distintas alteraciones en el sistema nervioso central, siendo mencionado en menor medida por participantes de África y Asia (0% y 8,6%, respectivamente). El tratamiento que se mencionó en mayor medida fue el farmacológico (73,5%).

Conclusión

Los profesionales de la salud y los pacientes atribuyen la fibromialgia a causas psicológicas, existiendo una discordancia entre el contexto clínico y el consenso a nivel científico. Si bien los profesionales tienen buenos conocimientos acerca de la enfermedad, resultan más profundos en especialidades como la Reumatología, y en aquellos continentes más industrializados. Asimismo, se atribuyen falsos síntomas a la fibromialgia, aunque resulta más destacado entre los pacientes. En cuanto al manejo clínico, los profesionales creen en un tratamiento multicomponente, destacando el componente farmacológico.

ABSTRACT

Introduction

The symptoms of fibromyalgia have been conceptualized and classified in different ways throughout history, either as a form of neurosis or as a musculoskeletal or immunoneuroendocrine entity. The latter is currently the most accepted by the leading management guidelines for fibromyalgia and international associations. However, the so common emotional characteristics and psychosocial factors among this population have questioned the successive biomedical approaches. All this has resulted in a poor nosological and conceptual delimitation, with a diagnosis misuse and problems in its clinical management. The proliferation of fibromyalgia patients and the usual emotional characteristics arouse suspicion of the nature of the entity. Likewise, patients often perceive rejection by physicians, as well as are confused and frustrated for suffering from a disease with an unknown cause.

Objectives

The general aim of this dissertation was to explore the conceptualization of fibromyalgia by healthcare providers and patients. The specific objective was to analyze the possible differences in the perspective among patients and physicians from different countries and continents.

Methods

Three descriptive, ex post facto, cross-sectional studies were carried out through ad hoc questionnaires. The first study included 103 healthcare providers from different clinical management units —primary care, rheumatology, internal medicine, and mental health specialties— of centers and hospitals from the province of Almería (Spain). The second study

included 603 patients with fibromyalgia assigned to different patient associations from Spain and Latin American countries. The third study included 284 physicians from five continents. A convenience sampling was followed in study 1 and 2. In study 3, a snowball sampling was followed.

Results

In the first study, 59.7% of primary care physicians and 66.7% of internist showed a perception of FM based on somatization, compared to the absence of rheumatologists who indicated it. A total of 58.9% of primary care providers mentioned that fibromyalgia should be considered as a disabling disease in no case, although 57.5% considered necessary its diagnosis. Likewise, more than 70% of primary care, mental health, and internal medicine providers did not differentiate fibromyalgia well from other entities, the most frequent being mood disorders. The combination of most mentioned treatments (with 27.2%) was one that combined pharmacological, physical, psychological, and educational treatment.

In the second study, the patients attributed to their fibromyalgia the symptoms of sore throat, eye irritation, and/or whistles, resulting in a higher proportion of participants from Spain who attributed these symptoms. From 45% of the Spanish participants, there was no type of pharmacological treatment that could improve their symptoms in comparison with 33.3% of patients from Latin American countries. Furthermore, a greater proportion of patients from Latin America found food supplements (21.9%) and some pseudotherapies (18.1%) to some extent effective solutions, compared to Spanish patients (6% and 5%, respectively). The most attributed causes were stress, inheritance, psychological traumas, and emotional problems.

The results of the third study indicated the existence of beliefs about false signs and symptoms, such as trigger points. These beliefs were found in 18.5% of all participants, and to a greater extent on those more industrialized continents. Other false symptoms cited were

musculoskeletal (5.3%), inflammatory, or vascular problems. Psychological or behavioral problems were mentioned as the cause of fibromyalgia by 32.2% of the participants. Likewise, 17.4% reported alterations in the central nervous system as the cause of fibromyalgia, being less mentioned by participants from Africa and Asia (0% and 8.6%, respectively). The most recommended treatment by participants was the pharmacological one (73.5%).

Conclusions

Healthcare providers and patients attribute psychological causes to fibromyalgia, with a disagreement between the clinical context and the scientific context. Although providers have good knowledge about the disease, they are more profound among specialties such as rheumatology, and among those more industrialized continents. Also, false symptoms are attribute to fibromyalgia, although it is more prominent among patients. Regarding clinical management, professionals believe in a multicomponent treatment, highlighting the pharmacological one.

I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1. Definición, impacto y epidemiología de la fibromialgia

La FM es un síndrome idiopático de dolor musculoesquelético crónico. Es el segundo problema reumatológico más común, solo por delante de la osteoartritis y uno de los diagnósticos de dolor crónico más frecuentes (Lichtenstein, Tiosano y Amital, 2018) afectando a cualquier grupo de edad, aunque en mayor medida a mujeres (Claw, 2014). La FM afecta de forma significativa en la vida de los que la sufren, impactando en la calidad de vida y funcionamiento diario (Mas, Carmona, Valverde y Ribas, 2008). Solo los pacientes con fallo renal terminal tienen peor calidad de vida que estas personas (Wolfe, Michaud, Li y Katz, 2010). Asimismo, en España se estima que el gasto medio por paciente en cuanto a consumo de recursos sanitarios públicos y derivado de incapacidad permanente o temporal es de 9982 euros al año (Rivera, Rejas, Esteve-Vives, Vallejo y Grupo ICAF, 2009), cifra algo superior a la de otros países de nuestro entorno (Boonen, van den Heuvel, van Tubergen et al., 2005).

Se estima que afecta al 6% de la población general a nivel mundial, siendo más prevalente en las zonas rurales (Jackson et al., 2016; Marques, Santo, Berssaneti, Matsutani y Yuan, 2017). No existe evidencia de que sea más prevalente en países o culturas industrializadas (McBeth y Jones, 2007). De hecho, países poco industrializados como Túnez o Bangladesh, tienen una prevalencia de 9,3% y 3,6% respectivamente (Queiroz, 2013), cifras superiores al 2,4% de nuestro país (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo y Trillo-Mata, 2017; Carmona, Gabriel, Ballina y Laffon —Grupo EPISER—, 2001).

2. Diagnóstico y comorbilidad de la fibromialgia

Los criterios diagnósticos de la FM se publicaron en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología haciéndose hincapié en el dolor crónico generalizado y varios «puntos gatillo» (Wolfe et al., 1990)¹. En 2010, de forma provisional, y en 2016 de forma definitiva, se modificaron sus criterios diagnósticos, dando cabida a otros síntomas, como son los problemas de sueño, fatiga, dolor de cabeza, problemas cognitivos, depresión, y quejas abdominales, eliminando los puntos gatillo sensibles a la palpación digital de su examen diagnóstico (Wolfe et al., 2010; Wolfe et al., 2016). Su diagnóstico, esencialmente sintomático, se realiza a través de la información indicada por el paciente en un cuestionario autoadministrado, y mediante la entrevista y anamnesis del clínico (Wolfe et al., 2016). En la Figura 1 se muestran estos criterios diagnósticos de Wolfe et al. (2016).

¹ Un análisis y descripción de los cambios sucesivos en la conceptualización de la FM respecto a los distintos criterios diagnóstico, se desarrollará en el Capítulo 2.

Un paciente satisface los criterios 2016 de la fibromialgia si se cumplen estas condiciones:

1. Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y escala de severidad de síntomas (SSS) ≥ 5 o WPI 4-6 y SSS ≥ 9 .
2. Dolor generalizado, definido como dolor en al menos 4 o 5 regiones. Dolor de mandíbula, tórax y abdominal no se incluyen en la definición de dolor generalizado.
3. Los síntomas han estado presentes durante al menos 3 meses.
4. El diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de otros diagnósticos. No excluye la presencia de otras enfermedades clínicamente importantes.

Índice de dolor generalizado (WPI): el paciente valora el número de áreas en las que el dolor se presentó durante la última semana (resultado 0-19):

1. área superior izquierda: mandíbula (izquierda), hombro superior (izquierdo), brazo izquierdo, antebrazo izquierdo
2. área superior derecha: mandíbula (derecha), hombro superior (derecho), brazo derecho, antebrazo derecho.
3. área inferior izquierda: cadera (glúteo o trocánter mayor), muslo izquierdo, pantorrilla izquierda.
4. área inferior derecha: cadera (glúteo o trocánter mayor), muslo izquierdo, pantorrilla izquierda.
5. área axial: cuello, espalda superior, espalda inferior, tórax, abdomen.

Escala de gravedad de los síntomas (SSS):

1) Gravedad de cada uno de los siguientes síntomas durante la última semana (cada uno en la escala 0-3, puntuación total 0-9):

- fatiga
- sueño no reparador
- trastornos cognitivos

0 — sin trastornos

1 — trastornos poco pronunciados o leves, en general leves o que se presentan periódicamente

2 — moderados, frecuentes y/o de intensidad moderada

3 — graves: muy pronunciados, persistentes, molestos

2) Presencia de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses (1 por cada síntoma, puntuación total 0-3):

- cefalea
- dolor o contracciones en el hipogastrio
- depresión.

*El índice SSS es la suma de puntuación de todas las categorías mencionadas (intervalo 0-12).

Figura 1. Criterios diagnósticos de Wolfe et al. (2016).

Existe evidencia de que la comorbilidad de otras condiciones médicas y psiquiátricas en algún momento de la FM es mayor (Lichtenstein, Tiosano y Amital, 2018). Además de los síntomas característicos, los pacientes suelen presentar otras quejas en forma de disestesias o parestesias (descritas como adormecimiento, hormigueo o ardor), llegando incluso a sentir molestias con el simple contacto o cuando utilizan ropa ajustada (Clauw, 2014; Nakao y Barsky, 2007). En un estudio de Haliloglu, Carlioglu, Akdeniz, Karaaslan y Kosar (2014), se encontró una elevada proporción de pacientes que presentaron distintas quejas somáticas, como problemas de tipo gástrico o síndrome de intestino irritable (42,1%), úlceras bucales (26,31%), fotosensibilidad, y síndrome de Raynaud (12%). También se encontró alta comorbilidad de patologías reumáticas, destacando la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la gota, la polimialgia reumática, y la vasculitis (Haliloglu et al., 2014; Lichtenstein et al., 2018). Respecto a patologías cardiovasculares, en un estudio de Tsai, Fan y Huang (2015) se encontró una alta prevalencia de hipertensión (21%), diabetes mellitus (9%) y enfermedades cerebrovasculares (8%), en comparación a la población normal.

Respecto a problemas de índole psicológica, algunos estudios han encontrado que el 66% de los pacientes con FM cumplían con los criterios de algún trastorno depresivo (Galek et al., 2013). En general, los pacientes con FM suelen presentar mayor comorbilidad de trastornos psicológicos que la población normal, así como niveles de ansiedad y depresión más elevados que en otros trastornos o enfermedades, como el síndrome de fatiga crónica, el cáncer de laringe, trastornos adaptativos en hospitalización o lesión cerebral (Vallejo, Rivera, Esteve-Vives, Rodríguez-Muñoz y Grupo ICAF, 2012). En Raphael et al. (2006) se encontró que los pacientes con FM tienen una probabilidad 22 veces mayor que el resto de la población de presentar algún trastorno de ansiedad en algún momento de la enfermedad. También son más probables los trastornos de estrés postraumático y obsesivo-compulsivo y el abuso de

sustancias (Lichtenstein et al., 2018; Raphael et al., 2006; Kato, Sullivan, Evengard y Pedersen, 2006).

3. Fisiopatología e hipótesis etiologías de la fibromialgia

No se conocen los mecanismos fisiopatológicos a la base ni su etiología. Sin embargo, algunos estudios han sugerido la existencia de anomalías funcionales y estructurales a nivel de SNC y SNP mediante estudios de neuroimagen y bioquímica. Por ejemplo, se han encontrado reducciones en la concentración de N-acetil-aspartato en el hipocampo, niveles elevados de glutamato y glutamina en la ínsula, la corteza cingulada posterior, la amígdala y la corteza prefrontal ventrolateral (e. g., Emad, Ragab y Rasker, 2008; Fayed et al., 2012; Harris et al., 2009; Valdés et al., 2010), alteraciones en los niveles de serotonina, sustancia P y endorfinas (e. g., Ablin, Bar-Shira, Yaron y Orr-Urtreger, 2009; Chinn, Caldwell y Gritsenko, 2016; Tsilioni, Russell, Stewart, Gleason y Theoharides, 2016), así como modificaciones estructurales en áreas del SNC relacionadas con el dolor, como la corteza cingulada anterior y medial, la corteza prefrontal medial e ínsula, y otras áreas como el tálamo y cuerpo caloso (e. g., Ceko, Bushnell, Fitzcharles y Schweinhardt, 2013; Fallon et al., 2013; Jensen et al., 2013; Sundgren et al., 2007). Habida cuenta de estos hallazgos neurofisiológicos encontrados en algunos pacientes, la hipótesis con mayor aceptación es la existencia de una «hiperexcitabilidad de las neuronas nociceptivas del sistema nervioso central hacia un input aferente de carácter normal o subgatilillo», fenómeno que se conoce como SC (IASP, 2012; Nijs et al., 2014). Así, para la IASP, «la mayoría de los investigadores apoyan la hipótesis de que la FM se origina en el SNC» (Giamberardino, 2008, p. 4).

Sin embargo, las alteraciones halladas a nivel de SNC no se han encontrado en todos los pacientes con FM y no se han controlado otras variables, como los tratamientos farmacológicos en curso, en qué etapa de la enfermedad se encontraba el paciente en estudio

(Gómez-Argüelles, Maestú-Unturbe y Gómez-Aguilera, 2018; Üçeyler et al., 2013), o si se trata simplemente de un epifenómeno o un correlato (Wolfe y Walitt, 2013). Como el propio Jo Nijs —uno de los investigadores referentes en el estudio de las bases neurofisiológicas del dolor crónico y fibromialgia— reconoce, «no todos los pacientes con dolor crónico presentan SC [...] La razón de ello se desconoce, pero puede reflejar una predisposición genética y la influencia de otros factores biopsicosociales. A nivel grupal, esta población puede caracterizarse por presentar SC, pero a nivel individual definitivamente no todos los pacientes muestran evidencia de SC. Más bien, es un subgrupo de esta población el que se caracteriza por la SC» (Nijs et al., 2014, p. 448).

A decir verdad, la hipótesis etiopatológica de la SC se postula como una explicación biopsicosocial del fenómeno en la que se integran las variables biológicas, psicológicas y culturales (Nijs et al., 2014; Yunus, 2007). Sin embargo, algunos autores han criticado el sesgo reduccionista de tomar la SC como la explicación del fenómeno. Como expuso Cervero (2014), «la creencia extendida es que el dolor medicamente inexplicado se debe a una hipersensibilidad en el SNC causada por «la sensibilidad central» (explicación circular), una interpretación que le falta evidencia experimental o clínica directa» (Cervero, 2014, p. 49). Asimismo, señala del mal uso del concepto de SC como un falso diagnóstico que aporta legitimidad al sufrimiento de los pacientes: «La excusa para tal explicación es que ello aporta confort a los pacientes por tranquilizarlos que ellos tienen una enfermedad [*disease*] real y que ellos no están fabricando sus síntomas. Esta aproximación ha sido criticada como un diagnóstico de autoridad espurio debido a que confunde al paciente, puede generar terapias inadecuadas y previene futuras investigaciones» (Cervero, 2014, p. 49).

Otras hipótesis etiopatológicas lo han definido como un trastorno muscular primario cronificado (Velasco, 2019), como una consecuencia de alteraciones en la fase IV del sueño NREM (Rizzi, Cristiano, Frassanito, Macaluso y Airoidi, 2016), como un problema

neuroendocrino (Rus et al., 2016), como un trastorno somatomorfo (Stanford y King, 2009), o como una trastorno más dentro de los trastornos afectivos (Gracely, Ceko, Bushnell, 2012). Respecto a los posibles factores de riesgo, se han sugerido algunos, entre los que se encuentran: eventos traumáticos o adversos (Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005; Varinen, Kosunen, Mattila, Koskela y Sumanen, 2017), infecciones virales, (Silberbogen, Janke y Hebenstreit, 2007), problemas de sueño (Mork y Nilsen, 2012), *distress* (Claw, 2014), traumas físicos (Wynne-Jones, Macfarlane, Silman y Jones, 2006), y factores genéticos (Holliday y McBeth, 2011), entre otros.

4. Tratamientos y manejo clínico de la fibromialgia

En cuanto a su manejo clínico, existe evidencia de que un tratamiento exclusivamente farmacológico y extendido en el tiempo es inefectivo, si no contraproducente (Claw, 2014). Algunos estudios apuntan a que incluso aquellos fármacos con mayor evidencia para el tratamiento de la FM -p. ej., tramadol- administrados de forma prolongada, e incluso a baja dosis, aumentan la severidad de los propios síntomas de la FM y pueden generar otros que pueden hacerse pasar por los de la enfermedad (Berthelot, Nizard y Maugars, 2018; Brummett et al., 2013), añadiendo una dolencia o «motivo de consulta» más al paciente. Si bien, habría de considerar la notable prevalencia del efecto nocebo en esta población, que afecta negativamente a la adhesión a cualquier tipo de tratamiento, ya sea farmacológico o no, por lo que algunos efectos negativos comúnmente experimentados podrían estar regulados por ciertas expectativas o creencias hacia los distintos tratamientos (Mitsikostas, Chalarakis, Mantonakis, Delicha y Sfikakis, (2012).

En cualquier caso, en España no hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en FM (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España, 2011).

Acogiéndonos a lo que recomiendan las guías más importantes de manejo de la FM respecto a qué tratamientos poseen mayor evidencia, no todas coinciden de forma unánime, aunque sí comparten su negativa al uso de los AINES o corticoesteroides (Häuser, Thieme y Turk, 2009). Las guías americana y alemana (*American Pain Society* —APS— y *Association of the Scientific Medical Societies in Germany* —AWMF—, respectivamente) recomiendan en mayor medida el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual, la amitriptilina de forma puntual y la terapia multicomponente (combinación de terapias farmacológicas, psicológicas y físicas), postulándose el primero como *gold standard* (Busch, Barber, Overend, Peloso y Schachter 2007). Mientras tanto, la europea (*European League Against Rheumatism* —EULAR—) recomienda en mayor medida el uso de tratamientos farmacológicos, como la amitriptilina, el tramadol, anticonvulsivantes, fluoxetina y duloxetina (Häuser et al., 2009). No obstante, la guía que mayor aceptación posee por la calidad metodológica seguida en su elaboración (Arnold y Clauw, 2017) es la *2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome* (Fitzcharles et al., 2013), siendo ésta la que se incluye en la guía de práctica clínica sobre fibromialgia de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (AETSA, 2016). Esta guía apuesta por una intervención multicomponente, incluyendo tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, aun advirtiendo de los beneficios limitados o poco evidentes de las intervenciones farmacológicas (Fitzcharles et al., 2013). Asimismo, otorga el mayor grado de evidencia al ejercicio físico, adaptado al individuo y de forma progresiva (Fitzcharles et al., 2013). Por otra parte, no se recomienda el uso de las terapias alternativas o complementarias debido a la falta de evidencia al respecto (Fitzcharles et al., 2013), entre los que se encuentran el qigong, la quiropráctica, el neurofeedback, la acupuntura, los suplementos nutricionales, la homeopatía y la fitoterapia (Lauche, Cramer, Häuser, Dobos y Langhorst, 2015). Respecto al uso de cannabinoides, no los recomiendan debido a que pueden exacerbar

los síntomas depresivos, sin embargo, sí aceptan su uso en casos excepcionales o puntuales para regular el sueño (Fitzcharles et al., 2013).

Además de las guías de manejo clínico, otros estudios de revisión de tratamientos muestran efectos positivos con otras prácticas o técnicas como el tai chi, yoga, meditación, balneoterapia, hipnosis y biofeedback electromiográfico (Lauche et al., 2015), así como en intervenciones basadas en *mindfulness*, Terapia de Aceptación y Compromiso, y otras terapias contextuales o de tercera generación, en términos de mejora de los síntomas de dolor, aumento de la actividad diaria, reducción de los niveles de depresión y ansiedad, y menor consumo de fármacos (Hughes, Clark, Colclough, Dale y McMillan, 2017; Lami, Martínez y Sánchez, 2013; Lauche, Cramer, Dobos, Langhorst y Schmidt, 2013; Veehof, Oskam, Schreurs y Bohlmeijer, 2011). También es de recibo señalar los efectos positivos en cuanto a la mejora del dolor, la fatiga y los problemas de sueño de la FM con tratamientos placebo, según un estudio reciente de metanálisis (Chen et al., 2017). Si bien, se encontraron efectos mayores en hombres, personas mayores y pacientes con dolor severo, y efectos menores en aquéllos con más años con la FM (Chen et al., 2017).

CAPÍTULO 2. La fibromialgia en el contexto teórico: recorrido histórico y análisis crítico

Ninguna cantidad de creencia convierte algo en un hecho.

JAMES RANDI

Con el objetivo principal de la tesis muy presente, que es el de describir cuál es la concepción de los profesionales y pacientes acerca del fenómeno, resulta imprescindible relatar cuáles han sido las concepciones a lo largo de los siglos, con el propósito de alcanzar mayor claridad sobre el fenómeno y comprender su visión actual. Sin embargo, el fenómeno de la fibromialgia —entendido como un conjunto de manifestaciones, sin explicación médica,

que van desde dolor crónico y malestar general hasta problemas del ánimo— tiene tantas historias como profesionales o disciplinas la han estudiado y abordado, por lo que se expondrán en esta tesis los relatos principales. De forma simplificada, se podría hacer una descripción histórica desde dos puntos de vista: uno, desde la propia etiqueta de fibromialgia como entidad reumatológica o, si se prefiere, desde la «posición oficial» de las disciplinas que la fundaron; y otro, desde más allá de la propia etiqueta o desde otras disciplinas, con otras etiquetas o conceptualizaciones tales como histeria, neurastenia o trastornos somatomorfos.

En el primero de los puntos se expondrá desde una visión crítica el proceso de construcción del diagnóstico de la fibromialgia, la evolución en su conceptualización y su medicalización desde especialidades como la reumatología, medicina interna o neurología, las cuáles encerraron el fenómeno en etiquetas reumatológicas como la fibrositis, reumatismo psicógeno y finalmente, fibromialgia.

Y en el segundo de ellos, se describirá el fenómeno más allá de la propia etiqueta, o desde otras etiquetas ajenas a la reumatología. Nos remontaremos a los primeros reportes en el tiempo de fenómenos similares al aquí abordado. Como no podría ser de otra forma, hablaremos de la histeria, neurastenia y sus atomizaciones posteriores como trastornos somatomorfos en los manuales diagnóstico, resaltando los posibles paralelismos con la fibromialgia de hoy día, así como los cambios en la conceptualización del fenómeno a lo largo de la historia.

Como observará el lector, estos dos puntos no siguen un orden cronológico, partiendo el primero a principios de siglo XX con la conceptualización de William Gowers acerca de la fibrositis (1904), y el segundo, en el siglo II a. n. e con la idea de los egipcios del útero migratorio como germen de ciertas enfermedades (Micale, 2008). Esto es así ya que, al profundizar en primera instancia en la comprensión y creación del constructo, resultará más

fácil hallar y comprender los posibles paralelismos con otras entidades —principalmente psiquiátricas—, que se exponen en el segundo punto.

1. La fibromialgia desde el punto de vista reumatológico

En este punto se expondrá, desde un análisis crítico, el proceso de construcción del diagnóstico de la fibromialgia como entidad reumatológica, partiendo en 1904 con la fibrositis de William Gowers, y finalizando con la fibromialgia de los criterios diagnóstico «oficiales» de Frederick Wolfe y colaboradores (1990) y su entrada en la CIE-9 de la OMS. Asimismo, se mostrará la evolución en su concepción y su difícil identificación como entidad nosológica.

1.1. La fibrositis como «cajón de sastre»

En 1904, Sir William R. Gowers, neurólogo británico, propuso el término «fibrositis», que se deriva de la palabra latina *fibros-* (tejidos fibrosos) y el sufijo griego *itis-* (inflamación). Con este concepto Gowers trata de explicar que el dolor regional crónico (dolor lumbar y reumatismo muscular) resulta de un proceso inflamatorio de los tejidos fibrosos. También describe en estos pacientes otros síntomas similares a los que posteriormente se enmarcaron en la fibromialgia, como el dolor espontáneo, sensibilidad a la compresión mecánica, problemas de sueño y fatiga. Gowers (1904) tomó dicho término como análogo a la *celulitis* — inflamación celular, por ejemplo, derivada de una infección cutánea—.

Sin embargo, aunque Stockman (1904) encontró en estos pacientes tejido edematoso en las zonas musculares sensibles, la afirmación de una inflamación subyacente como factor explicativo fue más bien una hipótesis en tanto que no se confirmaron sus hallazgos. De hecho, incluso se encontraron signos de inflamación en personas asintomáticas (Grob, 2011). A pesar

de la falta de evidencia, el constructo siguió utilizándose a nivel clínico para clasificar manifestaciones de dolor de distinto origen, ya que, en palabras del propio Gowers, «que no se encuentren «productos inflamatorios» no es suficiente para negar su naturaleza inflamatoria» (Gowers, 1904, p. 118). La lógica que de aquí se desprende es que *no puede existir dolor sin una causa orgánica subyacente*. Como se irá viendo a lo largo de este recorrido histórico, este razonamiento materialista ha estado siempre presente en la construcción de la «fibrositis», y posteriormente en la «fibromialgia».

En tanto que se daba por hecha una inflamación subyacente, la fibrositis pronto se convirtió en un «cajón de sastre» (Block, 1999), llegando incluso a identificarse en órganos internos, también conformados de tejido fibroso (Edgecombe, 1920). Por tanto, su significado etimológico pronto se vio deformado, esto es, *se convirtió en un concepto apócrifo* que suponía una patología sin evidencia. Tal fue el alcance que, según Copeman (1942), se llegó a diagnosticar en el 70% de las admisiones en centros de reumatología en los años 40 (Citado en Boland, 1947, p. 197).

Durante esos años fue popular la creencia de que la fibrositis se debía a una infección. Douglas Collins (1940) investigó su posible papel etiológico y descubrió que, si bien es cierto que determinadas infecciones pueden causar inflamación en los tejidos fibrosos, una proporción elevada de pacientes con el diagnóstico de fibrositis no la habían sufrido, así como no presentaban signos de inflamación. Además, en tanto que la patología de la entidad resultaba confusa, Collins (1940) abogaba por una definición en términos clínicos y no en patológicos.

1.2. Fibrositis vs. reumatismo psicógeno

Hacia finales de los años 30, la reumatología ya disponía de otro diagnóstico para referirse a aquellas quejas somáticas sin explicación médica, como fue el de «reumatismo psicógeno» (Halliday, 1937; Savage, 1942). Durante la Segunda Guerra Mundial fue muy

prevalente entre combatientes y veteranos, llegando incluso a ser el segundo diagnóstico más frecuente en algunos hospitales militares (Boland y Hench, 1946; Boland, 1947). De hecho, en un principio estos fueron diagnosticados de fibrositis, pero pronto se entendió que sus síntomas respondían más a factores emocionales reactivos al estrés y traumas sufridos que a causas físicas (Boland, 1947).

Ante la falta de claridad del diagnóstico, mal uso y desprestigio de la fibrositis, muchos profesionales dejaron de diagnosticarla ya casi de forma generalizada hacia los años 50 (Wolfe y Walitt, 2013). Y es que para algunos profesionales no era una entidad médica en sí misma sino cuadros de dolor de origen «psiconeurótico» (p. ej., Cyriax, 1948; Milner, 1945). En un intento de aclarar el término y salvar su significado etimológico, autores como P.S. Hench y Boland (1946), trataron de diferenciarla del «reumatismo psicógeno». Entendieron que en la «fibrositis primaria»² la localización física del dolor respeta una lógica anatómica, los síntomas suelen estar bien definidos y fluctúan en función de cambios en el ambiente externo o físico, no se suelen presentar otras quejas ni psicopatología asociadas; mientras que en el reumatismo psicógeno el dolor es errático, los pacientes suelen mostrar una actitud «aprensiva» y «hostil», los síntomas están sujetos a cambios en el ambiente interno o mental, mejorando momentáneamente con la «distracción», y presentan otras quejas asociadas y alteraciones psicopatológicas (para una descripción más detallada, véase Tabla 1).

Si bien, el concepto de «reumatismo psicógeno» es una «reliquia de otro tiempo» —y nada distinto de la histeria— (Wolfe y Walitt, 2013), conviene ir apuntando que algunas de las características aquí descritas acerca de esa etiqueta se retratan en definiciones ulteriores de la

²Entendida por los autores como un tipo de fibrositis periarticular o muscular, con signos de inflamación. No confundir con la definición más extendida en aquel entonces de «fibrositis primaria», como un tipo de fibrositis sin inflamación o alteración orgánica y cuya causa se desconoce.

fibrositis —y fibromialgia—, por lo que surge la cuestión de que quizás todas ellas resulten el mismo fenómeno, solo que con distinta denominación (Wolfe y Walitt, 2013).

Tabla 1. Diferencias fenomenológicas entre el reumatismo psicógeno y la fibrositis primaria (periarticular o muscular)

	Reumatismo psicógeno	Fibrositis primaria (periarticular o muscular)
<i>Actitud general del paciente</i>	Tensión, aprensión, actitud “subjetiva”, a menudo hostil o defensiva.	Normalmente “objetiva” y cooperativa.
<i>Síntomas principales</i>	A menudo, imprecisos. El dolor puede consistir en sensaciones tales como ardor, tensión, sensación de hinchazón (<i>fullness</i>), entumecimiento, debilidad, hormigueo, sensación extraña o de cansancio. Los músculos y las articulaciones pueden estar tensos en lugar de rígidos.	Normalmente, bien definidos. Consta de molestias, dolor muscular y rigidez.
<i>Factores que influyen en los síntomas</i>	Los síntomas en general son fluctuantes, con cambios en función del ambiente mental o interno: tienden a empeorar durante o tras un suceso de estrés emocional y mejora momentáneamente a través de la distracción mental (teatro, encuentros sociales, partidos de fútbol, etc.).	Los síntomas fluctúan en función de cambios en el ambiente físico o externo: empeoran con la inactividad física y la humedad, y mejoran con un clima seco y cálido, la actividad física, el calor local, etc.
<i>Grado de discapacidad</i>	Variable, pero puede ser severo, y siempre desproporcionado a los hallazgos físicos. La discapacidad puede ser mayor que con enfermedades articulares serias. “La fatiga causa discapacidad”	Normalmente no es notable Los síntomas son “molestos” para el paciente. “La discapacidad causa fatiga”
<i>Constancia de las quejas</i>	Tiende a ser constante, “mal todo el tiempo” o “cada vez peor”. El ejercicio casi siempre lo agrava.	Sujeto a exacerbaciones y remisiones; puede durar días o semanas, y después desaparecer. La intensidad varía durante el día; empeora durante la mañana y después de la inactividad física. Mejora después del ejercicio moderado.
<i>Localización de los síntomas</i>	A menudo, no anatómica. Puede “saltar de aquí a allí y a cualquier parte”.	Anatómica. Si los síntomas migran lo hacen respetando la anatomía, las articulaciones y músculos.

<i>Respuesta examen médico</i>	<i>al</i>	El paciente a menudo reacciona de forma “desproporcionada”, con tensión; una actitud general de “no me toques” (<i>touch-me-not</i>).	Cooperativa. El dolor y la sensibilidad son consistentes, y la distracción mental no surte efecto.
<i>Respuesta tratamiento</i>	<i>al</i>	Variable, pero a menudo nada consigue aliviar. Los salicilatos* resultan inefectivos frecuentemente y el calor local puede empeorarlo; las bebidas alcohólicas lo mitigan momentáneamente.	Mejora temporalmente con salicilatos, calor local y fisioterapia.
<i>Quejas funcionales asociadas</i>		Presentes casi de forma invariable; p. ej., nerviosismo, tremores**, frío, manos húmedas, insomnio, <i>globus hystericus</i> ***, dolor de cabeza, dolor precordial, disnea “suspirosa”, posturas bizarras y cojera, etc.	Normalmente mínimas o ausentes.
<i>Evidencia positiva de psicopatología</i>		Presente, p. ej., predisposición psiconeurótica, conflicto emocional precipitante, resentimiento o frustración subyacente, ansiedad coexistente, reacción depresiva, hipocondríaca o histérica, etc.	Normalmente ausente.

Nota: *Salicilatos, grupo de compuestos derivado del ácido salicílico, con propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias; **tremores, contracciones involuntarias que implican una o varias partes del cuerpo; ****globus hystericus* o globo faríngeo, sensación de tener una bola en la garganta como respuesta a un estímulo emocional (Wilson, Deary y Maran, 1988).

Fuente: Hench y Boland, 1946 (con permiso).

1.3. Reformulación conceptual de la fibrositis y primeras explicaciones neurofisiológicas

A pesar de disponerse de otro concepto para clasificar el fenómeno, fueron grandes las resistencias a abandonar un término que ya resultaba una *contradictio in terminis*, por lo que se vieron obligados a realizar algunas reformas y aclaraciones.

En 1951 Freyberg dividió la fibrositis en «fibrositis local»³ y «fibrositis generalizada». No obstante, advirtió de lo difícil que resulta diferenciar esta última del reumatismo psicógeno

³Entidad que posteriormente fue conceptualada por Travel y Rinzler (1952) como «síndrome de dolor miofascial», que se caracteriza por dolor localizado y puntos sensibles a la palpación (*tender/trigger points*). El dolor agudo, normalmente debido a factores biomecánicos o microtraumatismos, se cronifica por la tensión muscular (de tipo

y del error de denominarla como fibrositis a pesar de no presentar inflamación. Enfatizó en que esta es una definición en términos clínicos y no patológicos, y la consideró como un «síndrome idiopático generalizado» —quizás debido a infecciones, traumas, sobreesfuerzo físico y condiciones climáticas— con síntomas de dolor, fatiga y rigidez de severidad variable, frecuente en personas jóvenes y de mediana edad. También, señaló que los síntomas empeoran por la mañana y noche, intensificándose incluso tras actividades placenteras, como «ir a teatro» y bajo climas fríos y húmedos. Aunque la actividad física empeora los síntomas, la inactividad desemboca en una atrofia muscular moderada. Los síntomas se alivian bajo condiciones climáticas cálidas y secas —altas presiones atmosféricas— (Freyberg, 1951).

Posteriormente, Eugene Traut (1968), médico internista del Colegio de Medicina de la Universidad de Illinois definió la «fibrositis generalizada» como aquella alteración (*disease*) cuyos síntomas principales son dolor generalizado, puntos sensibles a la palpación digital (*trigger points*) y rigidez, sin hallazgos físicos anormales. Asimismo, describió que suele concurrir con problemas de sueño, gastrointestinales y emocionales.

A propósito de las características psicosociales de estos pacientes, como se puede ver en el siguiente fragmento, Traut hace una descripción del papel emocional en la génesis del fenómeno:

«Está prácticamente limitada a mujeres en la edad del climaterio, característicamente tensas...A menudo solteras y con no más de un hijo...Con trabajos de oficina, escuela o fábrica, además de las labores domésticas...Con una «sonrisa triste», admiten estar siempre excesivamente preocupadas [*worry worts, en original*]. Les duele por «todas partes». Se presenta a menudo un historial de «colitis». Las múltiples quejas pueden desaparecer temporalmente durante las vacaciones o bajas

comportamental) en esas áreas musculoesqueléticas en un principio afectadas, lo que desencadena un ciclo de *dolor-tensión-dolor* (Bonica, 1957).

laborales. Estas mujeres normalmente duermen poco a pesar de estar «siempre cansadas»» (Traut, 1968, p. 531).

Y es que para Traut (1965), la fibrositis, al contrario que para otros, no era un «cajón de sastre», ni siquiera una enfermedad «psicosomática (*sic*)»⁴ o reumatismo psicógeno, términos para él despectivos. Consideraba que los problemas emocionales característicos de estos pacientes podrían desencadenar una serie de procesos patofisiológicos —a través de mecanismos neurovasculares— que, mantenidos de forma suficiente en el tiempo, desembocarían en alteraciones a nivel anatómico. Así, Traut entiende que «esta relación [entre lo emocional y físico] se expresa en el concepto psicossomático» (Traut, 1965, p. 152) que plantea Hans Selye (1956) acerca del estrés (*distress*)⁵. He aquí una de las primeras explicaciones «psicosomáticas» del fenómeno. Sin embargo, aún se postulaba como una hipótesis en tanto que no se disponían de hallazgos fisiológicos que avalaran la misma.

1.4. La fibrositis de los puntos gatillo y las alteraciones neuroquímicas

En 1972, Hugh A. Smythe, el que es considerado por algunos el «abuelo» de la fibromialgia moderna (Inanici y Yunus, 2004), hace una descripción detallada de la fibrositis, proponiendo unos criterios diagnóstico más precisos y coherentes con su hipótesis etiológica, y que venían a tratar de solucionar la subjetividad de su diagnóstico. Asimismo, integrando los

⁴ p.151. Dado el oxímoron que supone rechazar el concepto «psicosomático» por sus funciones peyorativas y posteriormente aportar una explicación psicossomática, posiblemente Traut se refería a una conceptualización lega o despectiva de «somatización» (Lipowski, 1988), que trate a estos pacientes —en el mal sentido— como «histéricos», «hipocondríacos» o «falsos enfermos».

⁵Entendido como el conjunto de respuestas a ciertos agentes estresores como un proceso de adaptación (*phonos*) o de restauración del equilibrio alterado (*homeostasis*). Esas respuestas, aunque no necesariamente, pueden producir lesiones o alteraciones somáticas inespecíficas (Selye, 1956).

hallazgos fisiológicos en materia de sueño de Moldofsky y cols. (1975) aportó una explicación etiopatológica de la fibrositis en términos fisiológicos, otorgando a los aspectos psicológicos o emocionales un papel influyente. Como consecuencia, la fibrositis ganó más credibilidad en la clínica e interés a nivel científico (Wolfe y Walitt, 2013).

Estableció unos criterios «menores» para su diagnóstico, entre los que se recogen la fatiga crónica, problemas emocionales, falta de sueño y rigidez matinal. En cuanto a los criterios «obligatorios» están los de dolor generalizado y rigidez de carácter subjetivo, de más de tres meses de duración, y puntos de sensibilidad bien localizados (Smythe, 1972), presentes en al menos 11 de las 14 áreas «sensibles» a la palpación digital —*trigger points*— (Smythe y Moldofsky, 1977). Y es que para Smythe, lo que la diferencia del «reumatismo psicógeno» es que «carece de las características extravagantes y simbólicas típicas del dolor regional psicógeno [...] teniendo puntos sensibles que resultan predecibles y constantes en su localización» (Smythe, 1972, p.875).

En cuanto a su patogénesis, Smythe (1972) establece distintas vías desencadenantes y no excluyentes entre sí (véase Figura 2).

En primer lugar, Smythe apunta que en estos pacientes ocurre el fenómeno de «tensión muscular refleja»⁶, que es una respuesta involuntaria del sistema nervioso central ante una lesión tisular. Esa tensión no es patológica en sí, pero si se hace crónica —debido a una «hiperexcitación» del sistema nervioso central derivada de distintos factores como, por ejemplo, los sucesos estresantes, algo factores emocionales inespecíficos, etc.—⁷, convierte

⁶Se apoya en la teoría refleja de Kelly (1945).

⁷Años más tarde, Smythe y Moldofsky (1977) publicaron un trabajo titulado «Two contributions to the understanding of the «fibrositis» syndrome» en el *Bulletin of the Rheumatic Diseases* —una revista sin revisión por pares—, donde explicaron las características clínicas principales de la fibrositis —puntos gatillo y sueño no reparador— y su patofisiología. Como el trabajo fue enviado por correo a muchos médicos generales y reumatólogos de Norteamérica, ésta podría ser una de las razones de por qué la fibrositis permaneció como una enfermedad reumatológica, en vez de como problema de distinta índole (Wolfe y Häuser, 2011).

determinadas zonas musculoesqueléticas, ya de entrada más sensibles para toda la población, en puntos gatillo o «hipersensibles». De esta forma, se desencadenaría un bucle de dolor-tensión-dolor (Smythe, 1972).

Por otro lado, concibe al sueño no reparador como otro factor desencadenante. Los niveles bajos de serotonina derivados de problemas emocionales alterarían el ciclo de sueño, lo que aumentaría a su vez los síntomas de dolor y realimentaría los problemas emocionales⁸. Esta hipótesis se deriva de los hallazgos del experimento de Moldofsky, Smythe y colaboradores (1975), ya introducido por Smythe en 1972, donde se encontraron anormalidades en la fase 4 del sueño (sueño δ) en los diez pacientes con fibrositis del estudio, presentando un característico patrón de sueño α - δ . Además, a nivel experimental, «provocaron» síntomas análogos a los de la fibrositis en sujetos normales tras una privación de la fase 4 del sueño. Estos hallazgos llevaron a los autores a considerar la fibrositis como un «síndrome del sueño no reparador».

⁸Afirman que pacientes con síntomas depresivos presentan desregulaciones en la metabolización de la serotonina a nivel central, la cuál desempeña un papel importante en el sueño delta y en mantener el sueño NREM y la percepción del dolor (Moldofsky et al., 1975).

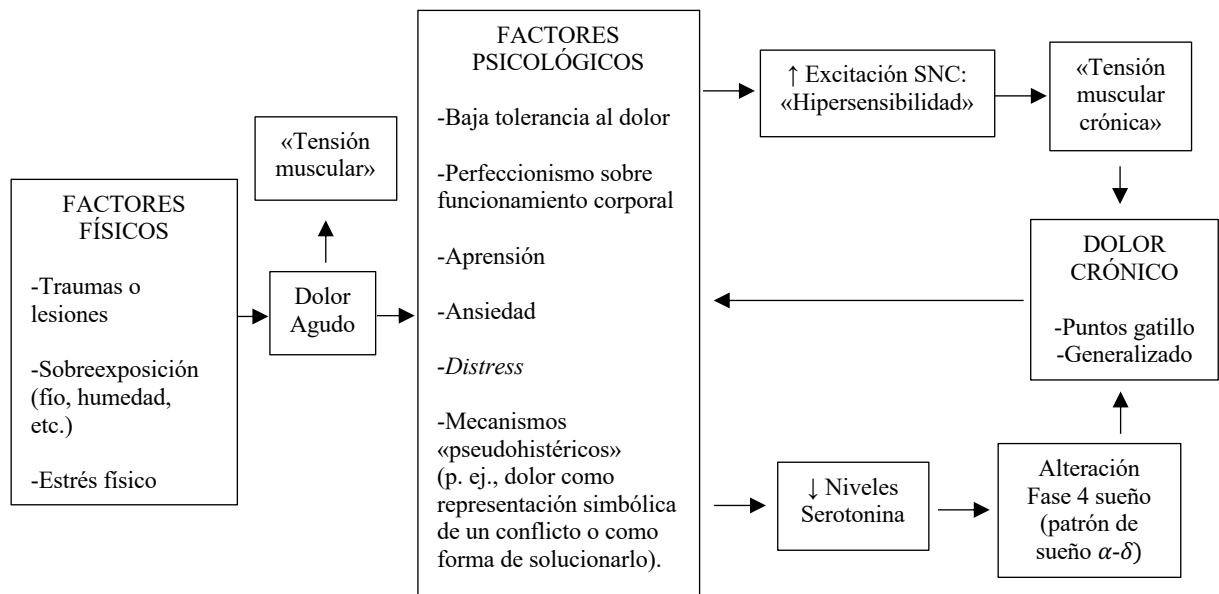


Figura 2. Representación gráfica de la hipótesis etiopatológica de la fibrositis de Smythe (1972).

Como consecuencia, la entidad alcanzó la legitimación médica en tanto que ya era detectable de manera objetiva a través los «puntos gatillo» y sus síntomas se explicaban por desequilibrios neuroquímicos e hipersensibilidad central, reduciendo la importancia del componente emocional. Quizás una de las razones por las que le concedió el papel causal al factor fisiológico —disimulando lo emocional—, se deriva de lo que implicaría para el manejo clínico que el paciente percibiera cualquier atisbo de lo emocional como factor de génesis de su malestar, puesto que se cuestionaría la genuinidad de su experiencia, como bien se muestra en este fragmento:

«El paciente con fibrositis llega al médico sintiéndose amenazado por la enfermedad y problemas asociados. Se encuentra, por tanto, en una actitud defensiva, y reaccionará negativamente ante cualquier mensaje que interprete como amenazante [...]Por lo que sugerirle que los síntomas son de origen emocional, o el uso de la palabra «ansiedad»,

puede ser interpretado como una acusación de fingir deliberadamente una enfermedad» (Smythe, 1972, p. 883).

Asimismo, si volvemos a retrotraernos a la Tabla 1 de Hench y Boland (1946) donde vimos que los pacientes con reumatismo psicógeno, a diferencia de los de fibrositis (periarticular o muscular), muestran «una actitud aprensiva y hostil», ¿cómo es que esas características propias del reumatismo psicógeno se describen ahora, según Smythe, en pacientes con fibrositis? Como podemos observar, la línea divisoria entre una y otra sigue sin resolverse. Es más, aunque en el modelo explicativo de Smythe se enfatice en los desequilibrios neuroquímicos como la explicación del fenómeno, éste considera las medidas medicamentosas una solución a corto plazo, en tanto que el objetivo último de la terapia es «establecer un estilo de vida que permita una actividad física significativa y útil a pesar del coste tensional [...así como] una dieta variada, descanso, ejercicio y distracciones [que puedan] permitir al paciente «salir del agujero» cuando la presión es demasiado grande» (Smythe, 1972, p. 884). ¿Acaso aquí no se está enfatizando en un abordaje conductual —dada la implicación de lo psicológico en el mantenimiento de los síntomas— sin necesidad de reestablecer de forma directa a través de una intervención biomédica los supuestos desequilibrios neuroquímicos que «explican» el fenómeno?

1.5. Transformación nominativa de la fibrositis en fibromialgia

Con una hipótesis etiopatológica más «potente» y unos criterios diagnósticos más «objetivos», solo le faltaba mudar de nombre. Pocos años después, P.K. Hench (1976) describió por primera vez el término «fibromialgia» (FM, en adelante) como sustitución al término fibrositis, inapropiado etimológicamente, como bien se expresó en párrafos atrás. En

su significado etimológico, fibromialgia se deriva del latín, *fibro-* (fibra), y del griego, *myo-* (músculo), *algos-* (dolor), e *-ia* (conjunto o fenómeno). De esta manera, su significado trata de ceñirse a la mera descripción del fenómeno, *a priori*, referido por el paciente —dolor muscular— y no a signos físicos presupuestos o hipótesis etiológicas, ya que «es [una condición] idiopática o primaria, al menos hasta que la evidencia científica pueda descubrir los mecanismos patógenos a la base» (Hench, 1976, p. 1088). Sin embargo, esta nueva definición, estrictamente biomédica, deja fuera otros síntomas que, como ya hemos visto, «acompañan» a estos pacientes en su experiencia de enfermedad: los problemas emocionales. Y quizás sea porque la propia definición de «fibromialgia» pretende otorgar a dichos problemas un papel secundario a la misma, esto es, definirlos como síntomas que emergen *tras* uno enfermar de *dolor-en-fibras-musculares* (FM)⁹, ya que de esta forma se reafirma la idea de que son pacientes «reales», y no «somatizadores» o «histéricos» —como si acaso estos últimos no fueran «reales», fenomenológicamente hablando—. Así, la etiqueta presupone una patología (muscular) a la base y aleja lo emocional como factor (Block, 1999), como bien han reflejado algunos estudios encontrando creencias acerca de daño físico muscular entre pacientes con fibromialgia (p. ej., Nielson y Jensen, 2004).

1.6. La fibromialgia como un síndrome disfuncional inmunoneuroendocrino

A partir de aquí se empieza a apreciar el cambio de la percepción médica (y pública) hacia el fenómeno, como bien se ilustra en el número de trabajos publicados en la literatura médica, según las cifras aportadas por la base de datos de Scopus (Figura 3). A finales de los 80, comienza a aumentar el número de publicaciones sobre la fibrositis y/o fibromialgia,

⁹Me refiero a la FM como *dolor-en-fibras-musculares* para enfatizar cómo, desde su significado etimológico, se deriva que el tejido muscular está dolorido.

llegándose a alcanzar los 6155 artículos entre el periodo de 1986-2006, cifra que contrasta considerablemente con los 423 artículos escritos durante los 20 años anteriores.

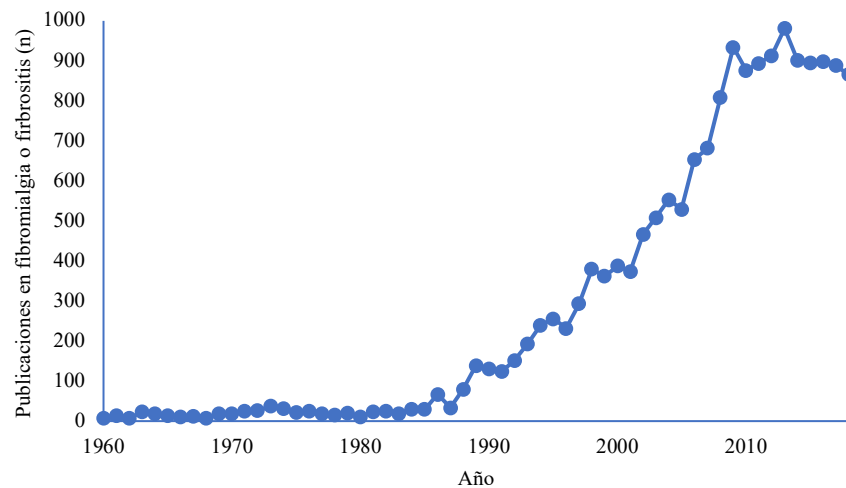


Figura 3. Número de publicaciones anuales sobre fibromialgia o fibrositis en la base de datos de Scopus desde 1960 hasta la actualidad. Descriptores de búsqueda: «fibromyalgia» OR «fibrositis». Consultado el 6 de octubre de 2019. Fuente: elaboración propia.

Para conocer algunas de las razones de su progresiva popularidad tendríamos que retrotraernos a los años 80. Grupos de investigación de aquella época, liderados por Don Goldenberg, Robert M. Bennett, Frederick Wolfe, y en especial, Muhammad Yunus, popularizaron el constructo a través de sus aportaciones científicas. Yunus fue el primero en difundir el constructo de FM proponiendo construir un sistema de clasificación y unos criterios diagnósticos unificados (Yunus, Masi, Calabro, Miller y Feigenbaum, 1981). Estos criterios fueron similares a los de Smythe (1972), aunque incluyendo síntomas específicos de ansiedad crónica o tensión, problemas gastrointestinales, dolor de cabeza, sensación de inflamación, entumecimiento, y modulación del dolor por la actividad física, factores climáticos, y ansiedad o estrés (Yunus et al., 1981). Además, a diferencia de los establecidos por Smythe, solo se requería sensibilidad en 3 o más puntos de los 14 puntos gatillo posibles (Yunus et al., 1981).

Por su parte, Goldenberg (1989), siguió esta definición, solo que añadiendo algunos puntos gatillo más. Y para Wolfe (1989), los puntos gatillo por sí mismos definían la fibromialgia. Como resultado, los médicos ya disponían de una plétora de criterios diagnósticos fiables, pero carecían de validez por la falta de pruebas o signos «objetivos», ya que los hallazgos fisiológicos de Moldofsky y colaboradores (1975) no habían sido replicados por el momento.

El siguiente paso fue buscar una confirmación fisiológica que dieran validez al diagnóstico y, como no podría ser de otra forma, hemos de hablar de las aportaciones de Muhammad Yunus. Éste se asentó en los postulados de Smythe (1972), e hipotetizó que la FM podría entenderse como un «síndrome disfuncional» dentro de un espectro de síndromes como el de intestino irritable, dismenorrea primaria y cefalea tensional puesto que todos ellos comparten síntomas y alteraciones inmunoneuroendocrinas (Yunus et al., 1981), sentando las bases para lo que posteriormente denominara como «síndromes de sensibilidad central» (Yunus, 2007)¹⁰. En el modelo explicativo desarrollado por Yunus (1994), distintos factores, como el estrés, traumas físicos, predisposición genética, infecciones o procesos inflamatorios, desencadenarían una disfunción «heterogénea» en el sistema inmunoneuroendocrino, derivando en un mecanismo anómalo de procesamiento del dolor a nivel de sistema nervioso central. Este mecanismo explicaría todo el abanico de síntomas, los cuáles a su vez, retroalimentarían ese mecanismo del dolor (Yunus, 1994).

Los signos de esas anomalías se encontrarían a nivel bioquímico. Según Yunus (1994), los pacientes con fibromialgia presentan niveles bajos de serotonina y concentraciones altas de sustancia P, entre otras sustancias. Sin embargo, muchos de los estudios en los que se apoyó presentaron diferentes problemas metodológicos. Por ejemplo, en estudio de Vaeroy et al. (1988), la mitad de la muestra de pacientes sufrían del síndrome de Raynaud derivado del

¹⁰Yunus (2007) fue el primero en hablar de sensibilidad central como fenómeno explicativo de la FM y otros síndromes, ya que «encaja dentro del modelo biopsicosocial de enfermedad» (p. 339).

tabaquismo, por lo que se antoja difícil conocer la naturaleza de esos hallazgos. Si bien, estas limitaciones no se hicieron explícitas por parte de Yunus (1994), sí las hizo con investigaciones que trataron de encontrar la relación primaria de la fibromialgia con problemas de índole psicológica¹¹, por lo que expresa un sesgo reduccionista hacia la explicación biológica, aunque afirmara aportar una conceptualización biopsicosocial del fenómeno. De hecho, sostenía que las anomalías a nivel central son «el elemento más importante» (Yunus, 1994; p. 814), el que explicaría el fenómeno, siendo los problemas psicológicos secundarios a la enfermedad, ya que solo se ven en un subgrupo de pacientes (Yunus, 1994). Sin embargo, aquí se atisba un doble rasero, en tanto que no sabemos si esas anomalías bioquímicas están en todos los pacientes con fibromialgia puesto que todos los estudios en los que se apoya aportan datos de «concentración media» a nivel grupal de las sustancias presuntamente alteradas (p. ej., Russell et al., 1994; Russell et al., 1992; Vaeroy et al., 1988). Además, para evadir toda sospecha de psicogenia, consideró que la diferencia entre la fibromialgia y el reumatismo psicógeno radica en que en la primera se presentan puntos gatillo y la sensibilidad no es difusa como en el segundo (Yunus et al., 1981). Sin embargo, solo 3 puntos gatillo se requerían en sus criterios diagnóstico, lo que para algunos sugería una conceptualización velada como fenómeno psicósomático (Wolfe y Walitt, 2013).

¹¹Algunos estudios encontraron puntuaciones significativamente elevadas en pacientes con FM comparado con pacientes con artritis reumatoide en: hipocondriasis, componente histérico (Ahles et al., 1984; Wolfe, Cathey y Kleinheksel, 1984), somatizaciones, (Ahles et al., 1991), ansiedad (Uveges et al., 1990), trastorno de pánico (Ahles, Khan, Yunus et al., 1991), depresión (Alfici, Sigal y Landau, 1989; Hudson et al., 1985) y trastorno obsesivo-compulsivo (Alfici et al., 1989). Si bien, estos estudios son de carácter correlacional y presentan un tamaño muestral limitado.

*1.7. La fibromialgia de los Criterios del Colegio Americano de Reumatología (1990)
y la Declaración de Copenhague*

En 1990 un comité de expertos capitaneado por Frederick Wolfe y acompañado por otros, como Goldenberg, Bennett, Yunus y Smythe, estudió a 293 pacientes con el fin de conocer qué variables diferencian la fibromialgia de otras condiciones, elaborándose los que posteriormente se consideraron como los «criterios diagnósticos oficiales» (Wolfe et al., 1990). Ciertamente, los criterios eran simples: dolor generalizado y 11 puntos de sensibilidad a la palpación digital (4kg de presión) de 18 puntos gatillo posibles (ver Figura 4). Este estudio ya presentaba *ab initio* una limitación, y es que, pacientes ya diagnosticados con fibromialgia sirvieron para elaborar el diagnóstico de fibromialgia, esto es, desde un razonamiento circular se evaluó una hipótesis con los mismos datos con los que se generó la propia hipótesis (Hadler, 2005).

Sin embargo, se empezaron a utilizar de forma generalizada como criterios diagnósticos en la clínica, a pesar de que el propio Frederick Wolfe advirtiera de su mal uso (2003)¹². La entrada oficial de la fibromialgia como entidad reconocida se dio cuando, en la declaración de Copenhague de 1992, se anunció su inclusión en la CIE-10 de la OMS (Csillag, 1992). Pues bien, en esta declaración se tomaron los criterios del ACR de 1990 como los «criterios oficiales», a pesar de ser explícitamente conocedores de que se crearon con fines investigativos (Csillag, 1992). Desde este momento, la fibromialgia ya entró oficial y completamente en el sistema médico (Grob, 2011).

1.8. La medicalización de la fibromialgia y el escepticismo hacia su conceptualización

Al encarnarse la FM «oficialmente» en unos puntos gatillo –arbitrarios, en tanto que no responden a un daño a nivel tisular bien definido o del sistema nervioso–, e ignorarse el resto de los síntomas, ya no sólo se le confirió un aura de precisión a su diagnóstico, sino que se dio *de facto* como una enfermedad física —*disease*—. El propio Wolfe (2003) se refirió a este proceso de medicalización, afirmando que «al ignorar las características psicosociales de la FM [...] e incluirse un ítem de examen físico [puntos gatillo], se permitió que la fibromialgia fuese conceptualizada como una enfermedad principalmente física [...] y se borró todo rastro de las características centrales de la enfermedad [problemas emocionales]» (Wolfe, 2003, p. 1671). En la misma línea que Wolfe, otros académicos como Nortin Hadler, consideraron que la FM es una iatrogenia médica «ante personas que han agotado todos sus medios para hacer frente a sus problemas» (Hadler, 2003, p. 1669) y que se diagnostica a falta de otra etiqueta mejor (Hadler, 2005). Además, ya no solo cuestiona la arbitrariedad del diagnóstico sino su proceder,

¹²Frederick Wolfe fue miembro del comité del ACR de 1990, y de los posteriores en 2010/11 y 2016, y curiosamente, se convirtió en uno de los mayores críticos del constructo, así como de su medicalización y los *lobbies* creados a su alrededor.

considerando que realizar un examen de forma correcta de los «puntos gatillo» en la clínica resulta «un acto de fe» en tanto que es esencialmente difícil aplicar 4 kg de presión de forma estandarizada (Hadler, 2005).

Del mismo modo, con la etiqueta ya reificada en una entidad médica, se convirtió en la propia explicación o causa de los síntomas, definiéndose, por ejemplo, en la declaración de Copenhague, como «una condición no articular y dolorosa, que implica principalmente a los músculos, y como *la causa* más común de dolor crónico, generalizado y musculoesquelético [las itálicas son mías]» (Csillag, 1992, p. 663). Lo que en esta definición se ignora es que «la fibromialgia es el nombre que se le da a tales problemas [al conjunto de manifestaciones], no la causa de ellos» (Wolfe, 2009, p. 676).

Consecuentemente, el diagnóstico ofreció «a corto plazo una legitimización y beneficios sociales a los pacientes, pero a costa de crear y expandir la enfermedad» (Wolfe, 2009, p. 676). Aquí es cuando la industria farmacéutica se aprovecha de ese diagnóstico, promoviendo su imagen como enfermedad física (*disease*)¹³ y ayudando a la proliferación de estos pacientes (Wolfe, 2009). Durante los años 90 aumentaron las ventas de fármacos para la FM (Grob, 2011), en la mayoría de los casos, de eficacia dudosa (Wolfe, 1993), así como el número de investigaciones en busca del tratamiento farmacológico «ideal», siendo muchas de estas investigaciones financiadas por compañías farmacéuticas (Wolfe, 2013). No es de extrañar que una de las financiadoras más importantes de estudios de investigación y congresos médicos en fibromialgia desde 1990 hasta nuestros días sea *Pfeizer*, una importante compañía farmacéutica (Wolfe, 2013)¹⁴. También, durante aquella década, gracias al desarrollo de internet, empezaron a crecer grupos de apoyo o movimientos de lucha contra la fibromialgia

¹³En palabras de Wolfe (2009), patrocinan la idea de que la *fibromialgia-es-una-enfermedad*.

¹⁴Wolfe (2013) afirmó que incluso durante aquella época «apenas hubo médicos de los que apoyaban a la fibromialgia que no estuvieran financiados por la industria farmacéutica».

por todo el mundo (Barker, 2008), tomando cada vez mayor influencia en decisiones legislativas (Wolfe, 2009). Y por otra parte, como enfermedad «real» que era, ya era susceptible de ser compensable económicamente por las compañías de seguros o la administración, por lo que los bufetes de abogados también vieron una buena oportunidad de negocio (Wolfe, 2009). Es aquí cuando se afianzó la creencia de que la fibromialgia era consecuencia de un trauma físico sufrido o sobrecarga laboral (Wolfe, 2009).

Con todo ello, la fibromialgia empezó a ganar popularidad y fuerza a nivel mediático y social, lo que se tradujo en un fortalecimiento de las conductas de enfermedad y el rol de enfermo (Wolfe, 2009). De esta manera, que los pacientes con fibromialgia expresen creencias pesimistas acerca de sí mismos, de otros o del devenir de la enfermedad (p. ej., Hassett et al., 2000) no era un síntoma de la enfermedad sino un signo de ese reforzamiento médico y social (Hadler, 2005), en tanto que «si tienes que demostrar que estás enfermo, nunca conseguirás estar bien» (Hadler, 1996). Mientras tanto, esas características psicosociales en torno al fenómeno quizás mantuvieron parte de ese escepticismo entre algunos profesionales de la clínica, que ya venía arrastrándose desde la fibrositis. Por ejemplo, en una encuesta aplicada a 400 médicos generales de Reino Unido se vio que el 84% creían que los pacientes con «síntomas médicamente inexplicables» tienen problemas de personalidad, y que el 63% tienen problemas psiquiátricos en general (Reid, Whooley, Crayford y Hotopf, 2001).

2. La fibromialgia desde otras perspectivas: la histeria, neurastenia y trastornos somatomorfos

En este segundo apartado se describirá el fenómeno de la fibromialgia más allá de la propia etiqueta, o si se prefiere, desde otras etiquetas ajenas a la reumatología o incluso a la medicina. Nos remontaremos a los primeros reportes en el tiempo de fenómenos similares al

aquí abordado. Como no podría ser de otra forma, hablaremos de la histeria, neurastenia y sus atomizaciones posteriores en trastornos somatomorfos de los manuales diagnóstico, resaltando los posibles paralelismos con la fibromialgia, así como los cambios en la conceptualización del fenómeno a lo largo de la historia. Advertimos que no se pretende exponer una historia de la histeria u otras «neurosis» como tal (para ello, léase, por ejemplo, Micale, 2008). Ya advertirá el lector que faltan hechos históricos o nombres relevantes. Sin embargo, lo relevante aquí es resaltar los paralelismos de los distintos fenómenos pasados con el que nos ocupa en el presente, así como la evolución en su conceptualización.

2.1. *La histeria como germen de enfermedades en la Época Clásica*

Para conocer el origen del término de histeria (del griego *hysterum*, y del latín *hystéra* —ὕστέρᾱ—, matriz o útero) hemos de irnos aproximadamente al año 1900 a. n. e. del antiguo Egipto¹⁵. Un papiro médico describe una serie de problemas físicos y del comportamiento en mujeres adultas que eran atribuidos a movimientos aberrantes del útero —el cuál, creían que podía viajar de forma autónoma por el cuerpo—, atrayéndolo hacia su zona normal con ungüentos aromáticos en la vulva (Veith, 1965, citado en Micale, 2008). La creencia del útero migratorio siguió transmitiéndose hasta la antigua Grecia. En el siglo IV a. n. e., en un pasaje del *Timeo* de Platón se describe que el útero, al no ser fertilizado, comienza a migrar por todo el cuerpo causando multitud de enfermedades: «Los así llamados úteros y matrices en las mujeres—un animal deseoso de procreación en ellas, que se irrita y enfurece cuando no es fertilizado a tiempo durante un largo periodo y, errante por todo el cuerpo, obstruye los conductos de aire sin dejar respirar— les ocasiona, por la misma razón, las peores carencias y les provoca variadas enfermedades...» (pp. 259-260, 91c, Platón, trad. 1992).

¹⁵ Si bien, existen descripciones anteriores —babilónicas y asirias— de fenómenos similares, pero con otras explicaciones (Reynolds y Kinnier-Wilson, 2014).

En textos de la escuela de Hipócrates del siglo V a. C. se explica de manera similar cómo la privación de relaciones sexuales de una mujer madura hacían que el útero se moviera hacia arriba en busca de satisfacción, produciendo una miríada de síntomas: ataques convulsivos, dolores aleatorios y en distintas partes del cuerpo, sensación de asfixia o *globus hystericus*, pérdida de voz, tics, parálisis, sordera, ceguera, ataques de llanto, desmayos, pérdida sensorial y deseo sexual (Citado en Micale, 2008; Citado en Showalter, 1997). Esta doctrina determinista ginecológica, descrita en los Tratados Hipocráticos y Galénicos, siguió influyendo durante milenios en la historia médica, excluyéndose al sexo masculino del fenómeno (King, 1993).

Lo que merece la pena destacar de todas estas metáforas o mitos es que quizás encierran en el componente sexual un valor genético en distintas perturbaciones de la vida, hecho que fue reconsiderado mucho después por Carter (1853), y algo más tarde por Freud en su *teoría de la seducción* (1893/1899), en la que las circunstancias adversas de la vida —en este caso, de índole sexual— eran *la fuente del Nilo* o el origen de estas neurosis. Pues bien, respecto a la fibromialgia, algunos entienden esa misma *fuentes del Nilo* como uno de los factores desencadenantes del fenómeno (Carveth y Carveth, 2003; Showalter, 1997; Wolfe y Hawley, 1998). Estudios de metaanálisis recientes han asociado la fibromialgia con una historia de abuso sexual en algún momento de la vida (Häuser, Kosseva, Üceyler, Klose y Sommer, 2011), sin embargo, limitar el fenómeno exclusivamente a este factor resultaría harto reduccionista.

2.2. *La histeria como posesión demoníaca en la Edad Media*

A lo largo de la Edad Media aquellas manifestaciones consideradas otrora como histeria, se consideraron en muchos casos como signos de brujería o posesión demoníaca, tomándose como una entidad arquetípicamente femenina (Micale, 2008). Asimismo, la histeria tomó otras formas o maneras de representarse —muchas de ellas mantenidas, curiosamente, en

los histéricos del siglo XVIII—, pero con cierto rango de variabilidad en función del contexto cultural (Spanos y Gottlieb, 1976)¹⁶. En el *Malleus Maleficarium*, libro que se usaba en el siglo XV para identificar signos de brujería —así como métodos de tortura y ejecución—, se describen como tales las convulsiones —*stigmati diavoli*—, contorsiones musculares, áreas de anestesia sensorial, mutismo y otros síntomas erráticos (Micale, 2008; Kramer y Sprenger, 2007). En línea con el planteamiento de Spanos y Gottlieb (1979), y exponiendo como ejemplo el archiconocido suceso de las brujas de Salem, estas manifestaciones no eran sino un patrón o *rol* conductual que permitía al poseído socializarse dentro de los valores religiosos de su comunidad, esto es, su «conducta [era] gradualmente moldeada —aunque quizás, inconscientemente—, para cumplir con las expectativas de conducta demoníaca sostenidas por la comunidad» (p. 1392). Lo que de aquí se deriva es que, por un lado, el papel del histórico como poseso tenía una función o un sentido —en este caso, trascendental o religioso— dentro de su comunidad, y por otro, los clérigos que juzgaban el caso sometían a moldeamiento la conducta de los poseídos hasta que encajaba con la descrita en el manual de brujería, a modo de *profecía autocumplida*.

Sirva esta reflexión para ejemplificar la construcción social o moldeamiento de distintos fenómenos médicos, y en tal caso, de enfermedades controvertidas —*contested illness*, del inglés—. Para autores como Kristin Barker (2002, 2008), la fibromialgia es un claro ejemplo de enfermedad construída socialmente, en el que entran en juego el contexto sociocultural y el sistema médico. Las asociaciones y grupos de apoyo que abundan a lo largo y ancho de *internet*, proveen al enfermo de una identidad social, la de *enfermo-de-fibromialgia* —

¹⁶ Por ejemplo, según Spanos y Gottlieb (1979), en los siglos XVI y XVII, las monjas francesas que caían posesas solían hablar con «voz demoníaca», mientras que esa manifestación no era frecuente en la Inglaterra de aquel entonces. En Francia, el protocolo de exorcización requería de esa manifestación para ejecutarse.

enfermedad de causa desconocida y repudiada por el sistema médico y político¹⁷—, esto es, le permiten la adhesión a un colectivo en el que se siente identificado, respetado y querido (p. ej., Barker, 2002, 2008; Carveth y Carveth, 2003; Conrad y Barker, 2010; Showalter, 1997; Wolfe y Walitt, 2013). Además, esos grupos o asociaciones —que en algunos casos cuentan con profesionales de la salud «expertos» en fibromialgia— aportan un sistema de creencias y conocimientos que perfila o moldea ese rol de *enfermo-de-fibromialgia*, por lo que cuando se enfrenta con el profesional médico, ya es conocedor, conscientemente o no, de cómo ha de expresarse —bajo qué síntomas o formas— ese malestar o dolor vivido (Barker, 2002, 2008; Conrad y Barker, 2010). A su vez, el médico, con sus propias creencias y comportamientos hacia el fenómeno, realizará las pruebas diagnósticas correspondientes para descartar otras patologías, siendo el diagnóstico de fibromialgia «un mal menor» puesto que es dolor crónico benigno, convirtiéndose así en un diagnóstico de descarte (Barker, 2002, 2008; Conrad y Barker, 2010).

2.3. *La histeria en la Era Moderna*

Dos siglos más tarde, en 1603 Edward Jorden trató de romper con estas teorías sobrenaturales o demoníacas del fenómeno, definiendo aquellas manifestaciones no como *stigmata diavoli* sino como expresiones de «perturbación mental» que respondían a una naturaleza somática —*asfixia de la matriz*—, volviendo así a la hipótesis de Hipócrates y Galeno (Micale, 2008, Trimble, 1982). Robert Burton (1621), consideró la histeria como un tipo de *melancolía hipocondríaca*, y la describió como un padecimiento con mucha soledad y llanto, dolores de cabeza y ataques de la matriz—, cuyo remedio pasaba por «estar bien situado en la vida y casarse con un buen marido a su debido tiempo» (Citado en Micale, 2008, p.13).

¹⁷ El 12 de mayo se conmemora el día mundial de la fibromialgia —y síndrome de fatiga crónica— con el propósito de extender la concienciación sobre la realidad de su existencia.

En los años 70 y 80 del siglo XVII se dio de nuevo un cambio en la concepción de la histeria con las formulaciones de Sydenham y Willis, que ubicaron sus orígenes en la mente —cerebro— (Micale, 2008; Trimble y Reynolds, 2016). Esta concepción *psico-neurótica* de Sydenham y Willis perduró siglos más tarde, de forma más o menos generalizada¹⁸, como se pudo ver en los postulados de doctos en la materia, como Étienne-Jean Georget, Jean-Louis Bracet, Pierre Briquet o Jean-Martin Charcot, entre otros (Micale, 2008).

A propósito de un caso clínico de esta época, que bien podría ejemplificar la similitud con el fenómeno abordado en esta tesis, es el de Martha Greswold, una joven de veintitrés años tratada en Bath (Londres) en 1663, por problemas de debilidad muscular y un patrón de dolor particularmente errático. Según la descripción de Robert Pierce, el doctor que se ocupó de Martha, «después de tratarse con frío, este dolor articular errático migró primero hacia una rodilla, y al poco hacia la otra, y así saltó de una articulación a otra hasta que pasó por todas y cada una de las articulaciones» (Pierce, 1713, p. 12). Martha ya tuvo un episodio de dolores articulares a la edad de trece años de los que se recuperó —posiblemente un episodio de gota. Lo particular de este caso, y lo que lo convierte en una forma de histeria, no es tan solo lo errático del dolor y la severidad de la fatiga —ambos sin explicación médica «objetiva»— sino su conjunción con otros elementos comportamentales (Shorter, 1992). En palabras de Pierce, «su cabeza (sic) estaba preocupada por su debilidad general, se mostraba aprensiva hacia todo aquello que le fuese dicho» (Pierce, 1713, p. 12). Asimismo, sus síntomas desaparecieron mediante un tratamiento con enemas, laxantes y baños. Este caso de histeria bien podría representar lo que posteriormente se denominó reumatismo psicógeno que, como vimos páginas atrás, resultaba arduamente diferenciable de la fibrositis.

¹⁸ A excepción de Philippe Pinel (1745-1826) y Jean Baptiste Louyer-Villermay (1776-1837), que entendían la histeria como una «neurosis genital de la mujer», siguiendo los postulados Hipocrático-Galénicos (Micale, 2008).

2.4. La neurastenia de George. M. Beard

Como dijimos con anterioridad, los postulados de la histeria como una enfermedad neuronal siguieron dominando el pensamiento de los médicos de la época. De igual forma, otras neurosis, como la neurastenia, se conceptuaron del mismo modo. Definida en la obra *A practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)* por el neurólogo americano George M. Beard (1889), la neurastenia se definió como una enfermedad del sistema nervioso, exhibida principalmente en varones de áreas urbanas, intelectuales y muy ambiciosos en el desempeño de su trabajo —curiosamente, el diez por ciento de todos los neurasténicos de Estados Unidos eran médicos— (Showalter, 1997). Beard (1889) la conceptuó como una enfermedad funcional para diferenciarla de aquellas con daño estructural orgánico en el sistema nervioso, puesto que, a diferencia de éstas, se expresa de manera fluctuante y toma multitud de formas o síntomas —citando en su tratado más de 80 síntomas posibles—¹⁹. De estos síntomas, muchos son los que están presentes en algunas de las «enfermedades cuestionables» —*contested illness*—, como el síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química múltiple o fibromialgia. En el caso de esta última, todos los síntomas presentes en la misma se incluyen dentro de esta vieja etiqueta diagnóstica, incluso los síntomas de ansiedad y los problemas cognitivos. Es por ello que, algunos autores como Frederick Wolfe (Wolfe y Walitt, 2013) o Elaine Showalter (1997) consideran la fibromialgia, junto a otras entidades, una forma de neurastenia, y que, como fue

¹⁹ Entre ese abanico de síntomas, se encuentran: «sensibilidad en el cuero cabelludo, irritación cerebral, dilatación pupilar, dolor de cabeza, presión y pesadez de cabeza, cambios en la expresión del ojo, congestión conjuntiva, astenopia neurasténica, miodesopsias, tinnitus, atonalidad, irritabilidad mental, control mental deficiente, desesperación, fobias —topofobia, agorafobia, claustrofobia, antropofobia, monofobia, fobofobia, misofobia, pantofobia— insomnio, pesadillas, somnolencia, hiperhidrosis palmar, sensibilidad en la columna vertebral, dolor de espalda, pesadez de las extremidades, dolores punzantes, palpitaciones [...] disfagia, espasmos musculares, sensibilidad a los cambios en el clima, comportamientos peculiares hacia alimentos, medicinas y otras sustancias, parestesias, calambres [...]» (Beard, 1889, pp. 19-20).

en su momento con los urbanitas de Norteamérica, responde a los conflictos de la vida moderna en la ciudad.

2.5. *La histeria de Charcot, Breuer y Freud*

El cambio de paradigma llegó a finales del siglo XIX, cuando Josef Breuer y Sigmund Freud pusieron el foco en la vida del histérico y sus «representaciones mentales» (Breuer y Freud, 1893/1895), abriendo paso a una intervención psicoterapéutica (Micale, 2008). Es quizás en esas décadas donde disponemos de una descripción más detallada e idiográfica de la histeria, sobre todo gracias a los trabajos de Charcot, Breuer y Freud, por lo que se hace más fácil trazar paralelismos con el fenómeno abordado en esta tesis.

Retrayéndonos unos años antes de *La Salpêtrière* de Charcot, es de recibo mencionar que ya la histeria tenía sus propios puntos gatillo —*points hystériques*— como posteriormente los tuvo aquella fibromialgia de los primeros criterios diagnóstico «oficiales» (Wolfe y cols., 1990). En 1838, Antoine Despine, un médico de spa en *Aix-les-Bains* (Francia) hace una descripción de dolores locales o *points hystériques* en ocho mujeres, «los cuales varían de sitio, forma y posición según las circunstancias, pero que ocurren principalmente en el sincipicio [parte anterior y superior de la cabeza] y en la zona del corazón, siempre sin pérdida de consciencia» (Despine, 1838, p. 279).

Años más tarde Jean-Martin Charcot desarrolló la teoría de la histeria²⁰, definiendo los puntos histéricos o *zones hystérogènes* como «aquellas regiones más o menos circunscritas del cuerpo sobre las cuales la presión o el simple roce desencadena el fenómeno del *aura*, y que, si persiste, puede ser seguido por un ataque histérico. Estos puntos también pueden ser una región de hipersensibilidad permanente y, antes de un ataque, de irritación dolorosa

²⁰ Charcot conceptuó la histeria como una enfermedad neurológica, y en la que intervienen los factores genéticos.

espontánea» (Charcot, 1887, p. 87-88). Tras muchos años de trabajo en *La Salpêtrière* con pacientes histéricos²¹, Charcot logró cartografiar esas zonas histerógenas, como se puede ver en la Figura 5. Resulta cuanto menos curioso que la mayoría de las zonas histerógenas identificadas por Charcot debajo de la clavícula, en la región submamaria, en la parte anterior e inferior del tórax, y en la parte posterior entre los omóplatos, corresponden en gran medida a los puntos de sensibilidad o puntos gatillo de la fibromialgia. Pero quizás, lo más relevante aquí sea la hipersensibilidad ante una estimulación, *a priori*, no dolorosa (alodinia) vivenciada en ambos fenómenos²², lo que despierta la sospecha de que quizás correspondan a fenómenos próximos, si no al mismo (Brigo, 2014).

²¹ Entre los cuáles, también se encontraron hombres, como bien observó Pierre Briquet años antes (1859), quien destruyó la creencia de que la histeria era consecuencia de una alteración de los genitales femeninos.

²² En palabras de Sigmund Freud, quien describió de manera similar esas *zonas histerógenas*, «los fenómenos histéricos tienen preferentemente el carácter de lo excesivo: un dolor histérico es descrito por el enfermo como doloroso en grado máximo» (Freud, 1888, pp. 52).

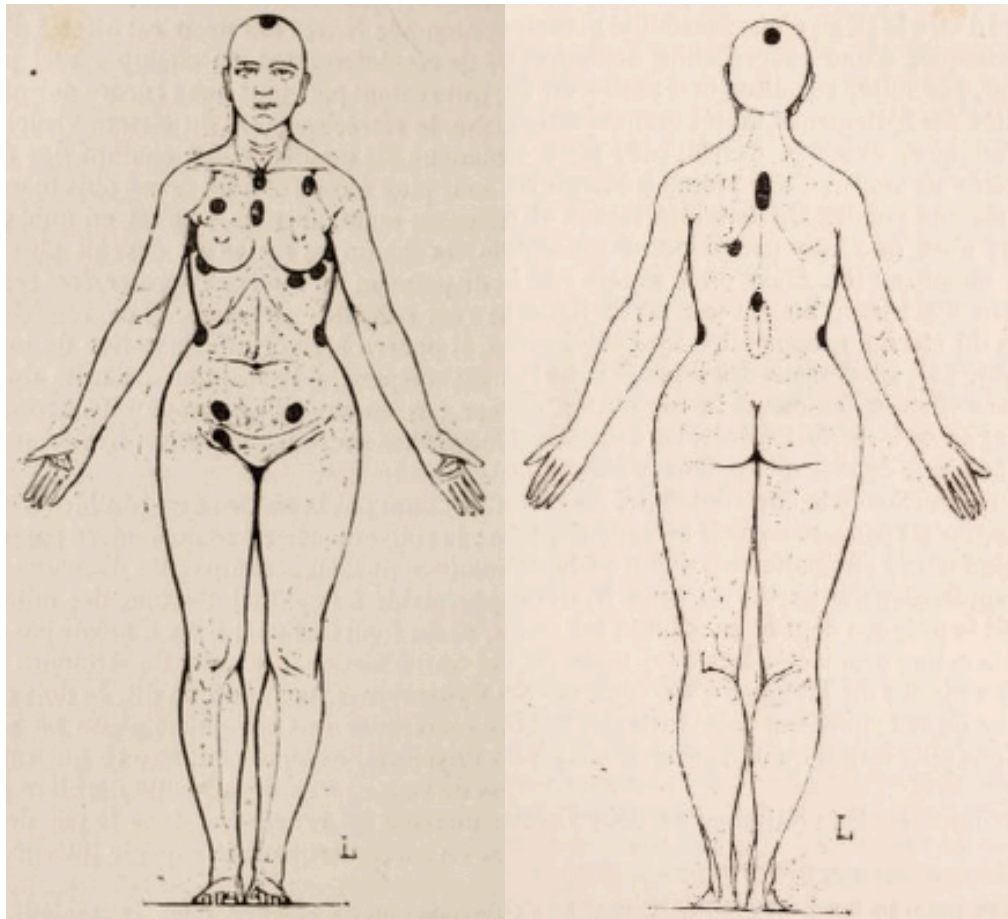


Figura 5. Zonas histerógenas de la parte anterior y posterior del cuerpo (de izquierda a derecha, respectivamente). Fuente: Charcot, 1887.

Sin embargo, la fibromialgia no es solo hipersensibilidad, como ni mucho menos la histeria es solo puntos histéricos. Tratando de trazar paralelismos entre ambos fenómenos, es obligatorio sacar a colación alguno de los casos clínicos de Josef Breuer, descritos en *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1893/1895), por la profunda descripción a nivel fenomenológico de la que gozan —sin entrar en la cuestión de si se logró «curar» verdaderamente a la paciente—. El caso célebre de Anna O. resulta muy ilustrativo para ese propósito descriptivo, ya no sólo por los paralelismos a nivel topográfico o de manifestaciones clínicas sino a nivel de significado —o funcional, si hablamos en términos skinnerianos— (Slompo y Bernardino, 2006). Según las descripciones y análisis de Breuer, presentaba una miríada de síntomas disociativos y conversivos —parálisis por contractura, debilidad de la

musculatura cervical, ataques de tos, neuralgias, anestias en extremidades, desorganización del lenguaje y problemas de atención²³, problemas de atención, rigidez, depresión y problemas de sueño, entre otros— que respondían simbólicamente a vivencias traumáticas o experiencias adversas²⁴. De otra manera, estos síntomas histéricos resultaban una forma de «comunicar» un malestar emocional a través del cuerpo, lo que para algunos se puede ver en «patologías» nuevas como la fibromialgia, síndrome de fatiga crónica o sensibilidad química múltiple (Kradin, 2013; Slompo y Bernardino, 2006). Además, para más inri, algunos de estos síntomas descritos están dentro del abanico de síntomas posibles de esas entidades, como los problemas cognitivos, rigidez, depresión, problemas de sueño y dolor (Slompo y Bernardino, 2006). Revisiones sistemáticas recientes han encontrado una fuerte asociación entre reportar haber sufrido algún trauma o experiencia adversa en la vida y desarrollar posteriormente los síntomas de fibromialgia (Yavne, Amital, Watad, Tiosano y Amital, 2018), lo que podría conectarse con la hipótesis de Freud y Breuer acerca de la génesis de las histerias abordadas.

Hay que advertir que, al igual que con lo dicho anteriormente sobre el episodio de Salem en el siglo XVII, el fenómeno de la histérica no estuvo libre de la persuasión o moldeamiento de otros, en este caso, del personal médico. Esto ya nos lo advirtieron Spanos y Gottlieb (1979), a propósito del funcionamiento de *La Salpêtrière* de Charcot:

«[...] se conducía a los pacientes a mostrar la constelación de síntomas típicos del diagnóstico de histeria de la época [...tanto es así] que el nivel más bajo de los

²³ «Primero se observó que le faltaban las palabras, y poco a poco esto cobró incremento» (Breuer y Freud, 1893/1895, p. 50). Más adelante se describe un pasajero «no-oír» en determinados contextos (Breuer y Freud, 1893/1895, p. 60).

²⁴ Anna O. se consagró en vida a ayudar a pobres y enfermos, y en especial, a su padre enfermo, sobre el que se sentía plenamente responsable del cuidado. En el análisis de sus síntomas se puede ver cómo estos simbolizan su ansiedad o desesperación por no conseguir proteger al padre de su desdicha —que muere finalmente durante el transcurso de la terapia—.

miembros del personal y los estudiantes [...] eran muy temerosos de contradecir o desagradar a sus superiores y supervisores. De esta manera, se conocen datos de cómo con sutileza y astucia moldeaban a los pacientes hasta conseguir la constelación de síntomas que ellos creían que sus supervisores deseaban encontrar. Los pacientes, a menudo ansiosos por agradar y deseosos de resultar el centro de atención, representaron su papel sobre la base de las señales provistas por el personal» (p. 542).

Como veremos en el siguiente apartado, para algunos autores (p. ej., Shorter, 1992; Showalter, 1997) es este factor de persuasión médica o social uno de los factores que intervienen en cómo se representa o transmuta la histeria a lo largo del tiempo.

2.6. *La histeria en la actualidad*

Muchos anunciaron la muerte de la histeria²⁵ junto con la de Charcot o con el fin de la época Victoriana, relegándose a fenómeno de otro tiempo (Micale, 1994). Sin embargo, no ha dejado de ser frecuente en las consultas médicas, sobre todo, en las de neurología (Stone, 2016).

Efectivamente, son muchos los autores quienes sostienen que la histeria ha estado siempre con nosotros, solo que con distintos nombres y «narrativas», en función del momento histórico y cultural (p. ej., Hadler, 1997; Schone, 2019; Shorter, 1992; Showalter, 1997, Stone, 2016). De hecho, fue más bien el interés médico en el estudio de la histeria el que desapareció, y no la misma (Stone, 2016; Stone, Hewett, Carson, Warlow y Sharpe, 2008). Un posible signo de ese desinterés se puede ver a través del motor de búsqueda de Google Books Ngram, en el que se puede consultar el número de libros publicados que incluyen determinados caracteres de texto a lo largo del tiempo. Por ejemplo, si consultamos el número de veces que se ha citado

²⁵ Entiéndase la histeria como un mito o metáfora que engloba un fenómeno: las diferentes formas del *ser* de manifestar o hacer frente a sus *circunstancias*.

la palabra «*hysteria*» en textos en inglés desde 1800 hasta 2008, vemos como, desde los años 50, el término ha ido nombrándose cada vez en menor frecuencia, al igual que otros términos relacionados, como el de «*somatization*», «*psychosomatic*», «*somatoform*», «*conversion disorder*» (véase Figura 6). Si bien, es cierto que ya desde la primera versión del DSM (APA, 1952) se empezó a evitar el uso de la palabra «*histeria*», atomizándose ya en la tercera versión en «*trastornos disociativos*» y «*trastornos somatomorfos*» (Merskey, 2004), por lo que también es esperable que existan menos trabajos hablando sobre este término desde los años 50. Lo cierto es que el término se cargó de funciones peyorativas y misóginas (Showalter, 1997) —de ahí que desde la Asociación Americana de Psiquiatría se evitara su uso— ayudando a que cayera en el olvido. El caso es que, si nos fijamos en otras entidades recientes, como la fibromialgia («*fibromyalgia*» en la figura 5), la tendencia en su mención es contraria al resto de entidades, lo que para algunos autores es un signo de esa transmutación conceptual o diagnóstica del fenómeno (Wolfe y Walitt, 2013).

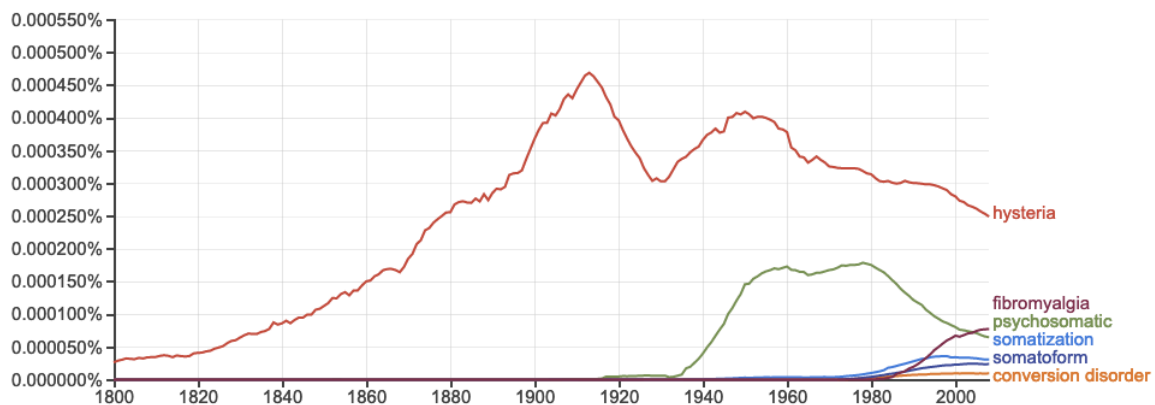


Figura 6. Número de veces que se han citado los términos «*hysteria*», «*psychosomatic*», «*somatization*», «*somatoform*», «*conversion disorder*» y «*fibromyalgia*» en textos en inglés desde 1800 hasta 2008. Consultado el 23 de septiembre de 2019. Fuente: *Google Books Ngram Viewer*.

En cuanto a una de las hipótesis acerca de la aparente desaparición del fenómeno de la histeria de autores como el historiador en medicina Edward Shorter —bien reflejada en su obra *From Paralysis to Fatigue*— es que los síntomas tales como la parálisis histérica dejaron de ser frecuentes en las consultas en tanto que se reemplazaron por otras formas algo más imprecisas y sofisticadas, como la fatiga y el dolor (Shorter, 1992)²⁶. Así, la fibromialgia —o fibrositis— junto a otros fenómenos, como el síndrome de fatiga crónica, sensibilidad química o electromagnética, o el síndrome de la guerra del Golfo, son para este autor y otros (p. ej., Hadler, 1997; Schone, 2019; Showalter, 1997), algunos ejemplos de las distintas formas de histeria. Asimismo, se conforman de esa manera y no de otra, en tanto que sus manifestaciones están dentro del espectro²⁷ de aquéllas que se consideran legítimas en su contexto sociocultural y médico (Shorter, 1992), y se consideran formas de histeria ya que resultan una forma de expresar conflictos emocionales que emanan de determinadas configuraciones socioculturales problemáticas para el individuo (Shorter, 1992; Showalter, 1997).

Para otros investigadores, la aparente desaparición de la histeria también puede estar influida por otros factores. Jon Stone, neurólogo de la Universidad de Edimburgo, afirma que la mayoría de los fenómenos histéricos —principalmente, de tipo conversivo— se abordan por especialistas en neurología puesto que los pacientes con este tipo de sintomatología, por regla general, tienden a creer que sus síntomas son de origen neurológico, buscando este tipo de atención médica (Stone et al., 2008). Por un lado, aquellos neurólogos que no estén tan interesados en este tipo de pacientes es probable que no los deriven a salud mental, por lo que no se someten a diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (Stone et al., 2008). Y, por otro lado, aquéllos que sí estén interesados, diagnostican este fenómeno como «trastornos neurológicos

²⁶ Por el contrario, otros autores sostienen que síntomas tales como la parálisis histérica apenas han variado de forma desde su descripción a finales del siglo XIX (Stone, 2016; Stone et al., 2008).

²⁷ En original, *psychosomatic symptoms pool* (Shorter, 1992).

funcionales» (Stone, 2016) o como «síndromes de sensibilidad central» —alteración a nivel de sistema nervioso central hipotética que desencadena diversas alteraciones neurofisiológicas—, siendo esta última la conceptualización que goza de mayor aceptación oficial respecto a la fibromialgia (Wolfe y Walitt, 2013).

En cualquier caso, lo destacable aquí es que el fenómeno de la histeria sigue ocurriendo, solo que adopta otras atenciones y conceptualizaciones, como es el caso de la fibromialgia. De hecho, incluso si analizamos en detalle los criterios diagnósticos de las formas de histeria «oficialmente reconocidas» —como la categoría de trastornos de síntomas somáticos del DSM-V—, y la fenomenología de algunas de esas *contested illness*, se evidencia la pobre diferenciación entre ambos diagnósticos, lo que refuerza aún más la idea de que forman parte del mismo espectro. Por ejemplo, en el diagnóstico diferencial del «trastorno de síntomas somáticos» del DSM-V se expresa que lo que lo diferencia de la fibromialgia es que en ésta no se cumple el criterio B de dicho trastorno, que es la presencia de «pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud²⁸» (APA, 2014, p. 311). Este diagnóstico diferencial resulta confuso, ya que es común en esta población un patrón de regulación catastrofista, como se ha visto en algunos estudios (p. ej., Conversano et al., 2018; Van Wilgen et al., 2008). Esta confusión se corroboró en un trabajo de Wolfe, Walitt, Katz y Häuser (2014), en el que cerca del 90% de los pacientes con fibromialgia estudiados cumplían con el criterio B del trastorno de síntomas somáticos —según las puntuaciones obtenidas en el *Patient Health Questionnaire-15*—.

Por tanto, y como conclusión, es fácil pensar que si no existe una buena delimitación nosológica y conceptual entre la histeria —en este caso, los ahora trastornos de síntomas

²⁸ Aunque formulaciones tan comunes en el DSM como las de «excesivo» están muy lejos de la precisión u operativización, aceptemos aquí que un comportamiento —público o privado— se considera «excesivo» cuando intercede de manera significativa en la vida de una persona en particular.

somáticos— y algunas entidades consideradas controvertidas —en este caso, la fibromialgia—, tampoco la habrá a nivel práctico entre los profesionales de la salud que la abordan, y por extensión, entre pacientes.

Es de este último punto, de la conceptualización de los profesionales «a pie de campo» y de los pacientes, del que nos ocuparemos en la parte empírica de esta tesis.

II. PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 3. La fibromialgia en el contexto clínico: conceptualización de la fibromialgia entre profesionales y pacientes

1. Justificación

Como hemos visto a lo largo de estas páginas, no existe unanimidad en la conceptualización de la fibromialgia desde el contexto académico, científico o teórico, como tampoco parece existir en el clínico —el profesional y el paciente— (Schone, 2019). Si bien, desde el primero de ellos, la conceptualización como una enfermedad del SNC e inmunológico, influenciada por factores psicosociales, parece ganar en aceptación (Giamberardino, 2008; Gómez-Argüelles et al., 2018; Nijs et al., 2014). *A priori*, ambos contextos no permanecen aislados entre sí, bien sea porque algunos profesionales desempeñen labores de investigación y clínica de forma conjunta, o bien porque algunos clínicos se mantengan informados de los avances en la investigación a través de medios científicos —revistas, congresos, guías oficiales de manejo, etc.—. Además, dichos contextos comparten el mismo marco cultural, con su propio sistema de valores y creencias acerca de la salud y enfermedad (ver Figura 1). Sin embargo, la propia

práctica clínica con el paciente puede moldear determinadas creencias y actitudes respecto a esta enfermedad que resulten distintas o contrarias a los postulados científicos. Algunos estudios han encontrado que muchos profesionales perciben la FM como una patología con alta incidencia de sobreactuación y simulación por las ganancias secundarias que estima el paciente, lo que parece generar escepticismo respecto a la autenticidad de la experiencia del enfermo (Briones-Vozmediano et al., 2018; Santamaría et al. 2013).

Asimismo, el paciente puede desarrollar sus propias creencias o conocimientos respecto a la enfermedad, por su propia experiencia como paciente en el contexto clínico, o por el contacto con las distintas fuentes de transmisión, como las asociaciones de pacientes, los medios de comunicación, el mundo digital o los propios profesionales de la salud.

Respecto al estudio de la conceptualización que se vierte desde dicho contexto clínico, así como en qué grado los hallazgos o postulados científicos recalcan en el mismo, pocos estudios han abordado ese tópico de investigación. También, la mayoría de los estudios que se encuentran en la literatura científica se implementaron en pacientes y profesionales de otros países, siendo unos pocos los desarrollados en España (e. g., Briones-Vozmediano et al., 2018; Pastor et al., 2012; Santamaría et al., 2013; Ruiz-Montero et al., 2015), por lo que resulta muy valioso explorar la conceptualización en estas poblaciones.

La importancia de conocer el punto de vista del profesional y del paciente —esto es, cuáles se consideran los síntomas propios de la enfermedad, qué proceso patológico explicaría dichas manifestaciones y, por consiguiente, qué tratamientos se consideran los más adecuados—, reside en su posible carácter regulador de la conducta del clínico y del paciente (Darlow et al., 2012).

Otra cuestión importante es si el fenómeno de la FM se limita exclusivamente a países occidentales o de producto interior bruto alto o medio. Lo cierto es que no existen diferencias significativas en términos de prevalencia según el producto interior bruto del país o el grado

de industrialización (McBeth, 2007)²⁹. Como vimos en el Capítulo 2, si aceptamos la fibromialgia como un fenómeno histórico, estos síntomas han ocurrido —y ocurren— en todas las culturas (Harris, 1986; Micale, 2008). Sin embargo, lo que sí parece cambiar son las formas o matices de las conductas o «síntomas» bajo los que se «representa» o se afronta el conflicto emocional, además de los comportamientos de otros —a nivel comunitario, social, médico, etc.— hacia esas conductas «anormales» (Harris, 1986), quedando ambas partes —tanto la del «histórico» como la del observador— a la merced del otro. Como cabe recordar, no podríamos comprender el suceso de las brujas de Salem (Capítulo 2) o el de la histeria de *La Salpêtrière* de Charcot (Capítulo 2) sin considerar que el comportamiento de ambas partes estaba siendo sometido a moldeamiento de la una hacia la otra (Spanos y Gottlieb, 1979).

Por otra parte, se conoce que no en todos los países o regiones se siguen las mismas guías de manejo clínico de FM, además de no existir el mismo contexto sociocultural, con sus creencias y valores en particular (Marques, 2017). Esta razón puede hacernos pensar que es posible que existan diferencias en la conceptualización que hacen médicos y pacientes, como algunos estudios han encontrado (Clark et al., 2013; Kuppens et al., 2016; Ruiz-Montero et al., 2015). Si bien, al igual que el tópico del estudio de las creencias en médicos y pacientes, no existen suficientes trabajos que lo exploren.

²⁹ Donde sí hay diferencias es según el espacio geográfico de procedencia del paciente, siendo más prevalente en zonas rurales que urbanas (Marques, 2017).



Figura 1. Posible sistema de transmisión de creencias y conocimientos acerca de la fibromialgia.

2. Objetivos

El objetivo general de esta tesis fue *explorar cuáles son las creencias y conocimientos —conceptuación— de los profesionales de la salud y pacientes respecto a la FM*. En cuanto a los objetivos específicos, se encuentran los siguientes:

- 1) Explorar cuáles son las creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia en una muestra de profesionales de la salud de España. Este objetivo se llevó a cabo en el Estudio 1.
- 2) Explorar cuáles son las creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia en una muestra de pacientes con FM de España y países de Hispanoamérica. Este objetivo se planteó en el Estudio 2.
- 3) Explorar cuáles son las creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia en una muestra de médicos de todos los continentes. Este objetivo se llevó a cabo en el Estudio 3.
- 4) Analizar las posibles diferencias en creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia entre los pacientes de España e Hispanoamérica. Este objetivo se abarcó en el Estudio 2.
- 5) Analizar las posibles diferencias en creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia entre los médicos de los cinco continentes. Este objetivo se llevó a cabo en el Estudio 3.

3. Estudio 1. Creencias y conocimientos en profesionales de la salud de España

3.1. Introducción

La FM afecta al 2.4% de la población española mayor de 20 años (Cabo-Meseguer et al., 2017; Carmona et al., 2001), lo que supone un elevado gasto socioeconómico en costes directos (visitas hospitalarias, derivaciones, fármacos, etc.) e indirectos (Cabo-Meseguer et al., 2017). Asimismo, suele generar un gran impacto en los pacientes en cuanto al funcionamiento diario, calidad de vida (Mas et al., 2008) y gasto económico personal (Cabo-Meseguer et al.,

2017). En algunos estudios se ha visto que su manejo clínico es causa de frustración para algunos profesionales, ya que los pacientes a menudo reportan una mejoría limitada de los síntomas de dolor y el funcionamiento con los tratamientos biomédicos convencionales (Macfarlane et al., 2017; Wolfe et al., 1997). Tanto es así que en comparación con otras enfermedades, solo los pacientes con fallo renal terminal tienen peor calidad de vida (Wolfe, Michaud, Li y Katz, 2010). Todo ello, unido a su origen desconocido y difícil diferenciación de otras entidades, es susceptible de generar determinadas actitudes o creencias hacia la enfermedad.

La falta de claridad conceptual o nosológica se extiende más allá del plano teórico, alcanzando así al ámbito clínico (Wolfe y Walitt, 2011). Como cabe recordar, de acuerdo a los criterios diagnóstico del ACR, los síntomas suficientes para su diagnóstico, además del dolor generalizado, son la fatiga, los problemas relacionados con el sueño o descanso, los problemas cognitivos -e. g., problemas de atención, concentración y memoria-, el dolor de cabeza, el dolor abdominal y síntomas depresivos (Wolfe et al., 2016). Su diagnóstico, esencialmente sintomático, se realiza a través de la información indicada por el paciente en un cuestionario autoadministrado, y mediante la entrevista y anamnesis del clínico. Algunos estudios han encontrado creencias sobre falsos síntomas y signos en profesionales de la salud. Es el caso del trabajo de Blotman et al. (2005) entre profesionales franceses, en el que falsos signos como los de inflamación articular o hallazgos radiológicos anormales se indicaron como propios de la fibromialgia, siendo indicados con mayor frecuencia por médicos generales que por reumatólogos. Asimismo, en el estudio de Kianmehr y cols. (2017) con médicos generales de Irán, se indicaron como falsos signos de la fibromialgia los niveles elevados de concentración de la proteína C —un indicador de inflamación—, artritis, pérdida de peso, inflamación articular, y hallazgos radiológicos anormales, entre otros.

Por otro lado, y como se apuntó en el Capítulo 2, para algunos académicos el procedimiento diagnóstico resulta especialmente dudoso dada la falta de signos "objetivos", cuestionándose que sea una condición médica diagnosticable (e. g., Ehrlich, 2003; Hadler, 2003, Hadler, 2005; Schone, 2019). Desde el punto de vista de los clínicos existen diversos estudios en los que se informa del conocimiento limitado en cuanto a los criterios diagnósticos o las dificultades que supone realizarlo correctamente en este contexto (e. g., Acuña-Ortiz, Capitán-de la Cruz y León-Jiménez, 2017; Arnold, Clauw y McCarberg, 2011; Hadker et al., 2011; Hayes et al., 2010; Kamoun et al., 2010; Perrot, Choy, Petersel, Ginovker y Kramer, 2012). En un estudio de Hayes y cols. (2010), donde se exploraron creencias relacionadas con la FM, tanto en un grupo de médicos de Atención Primaria como en otro formado por distintos especialistas de Canadá, se encontró que para un tercio de los participantes los criterios diagnósticos —criterios diagnósticos de Wolfe et al. (1990)— resultaban poco claros y una barrera para identificar la enfermedad, así como para más de la mitad se trata de una condición muy subjetiva. Otro estudio, ya con los criterios diagnóstico de 2010, fue el de Perrot et al. (2012), en el que, en un sondeo mundial acerca de la fibromialgia entre profesionales de distintas especialidades, más de la mitad respondieron que la FM resulta una entidad difícil de diagnosticar, a lo que no ayudan las dificultades del paciente en comunicar sus síntomas. En tanto que la FM comparte sintomatología con otras entidades -e. g., trastornos del ánimo, enfermedades reumáticas o trastornos de síntomas somáticos-, y presenta alta comorbilidad de otras condiciones -e. g., problemas gastrointestinales o genitourinarios- (Wolfe, Michaud, Li y Katz, 2010), algunos profesionales la han considerado una condición que resulta difícil de discriminar de otras, como así se encontró en el trabajo de Blotman et al. (2005) entre reumatólogos y médicos generales franceses.

De esta manera, existe una proporción a considerar de profesionales que perciben una falta de conocimiento y habilidad en su identificación. Aunque, si bien es cierto, estas

percepciones varían mucho en función de variables sociodemográficas, como el contexto cultural o la especialidad médica en cuestión. Por ejemplo, en Perrot y cols. (2012) se encontró que los reumatólogos mostraban mejores conocimientos en el diagnóstico de FM que los profesionales de otras especialidades y los de atención primaria. Estos hallazgos son coherentes con los obtenidos por Blotman et al. (2005) en el que los reumatólogos mostraron mayor conocimiento sobre la sintomatología de la fibromialgia, los criterios diagnósticos del ACR y mayor habilidad en discriminarla de la depresión que los médicos generales. Sin embargo, en Hayes et al. (2010), médicos de atención primaria percibían tener más habilidad en su diagnóstico y confianza en los criterios diagnóstico que otras especialidades, incluida la reumatología.

Por otro lado, se ha discutido la utilidad del diagnóstico, en cuanto al papel que juega el constructo en el control de la conducta del paciente -y del profesional-. Si bien, al diagnosticar la fibromialgia queda validada la experiencia del enfermo como *real*, al conceptuarse como enfermedad médica, ésta queda reificada, convertida en algo que se instaura en el organismo y que explica el porqué de la sintomatología (Madden y Sim, 2016). Así, la propia etiqueta confiere un papel de enfermo, lo que se puede traducir en mayor presencia de conductas de dolor, con forma de ideas catastrofistas acerca de la enfermedad —tan habituales en estos pacientes— (e. g., Van Ittersum, Van Wilgen, Hilberdink, Groothoff y Van Der Schans, 2009), agravamiento de la sintomatología y discapacidad, atribución de otros síntomas comórbidos a la enfermedad, mayor uso de recursos sanitarios, o búsqueda de valoraciones de incapacidad o compensaciones, entre otras (Ehrlich, 2003; Hadler, 2013; Wolfe, 2009). En el estudio de Asbring y Närvänen (2003), los médicos generales entrevistados indicaron tener serias dudas acerca de la utilidad del diagnóstico debido al riesgo a que el paciente se instaure en un papel de enfermo perpetuo y se refuerce el comportamiento de explicar de manera física sus problemas emocionales. Sin embargo, otros profesionales afirman que su diagnóstico es

imprescindible en tanto que reduce la ansiedad, tanto en el paciente como en el profesional, de “no saber lo que le ocurre”, o incluso descarta la idea de que se trate de otra enfermedad más grave (Carmona et al., 2006; Clauw, 2014; Rivera, 2004). Como consecuencia, se sostiene, se da una disminución en el consumo de recursos sanitarios —p.ej., visitas médicas, consumo de fármacos, pruebas médicas, etc.— (Carmona et al., 2006; Clauw, 2014; Rivera, 2004).

Por otra parte, se ha visto cómo algunos profesionales se cuestionan la autenticidad de la experiencia del enfermo. En Santamaría, Capilla-Ramírez y González-Ordi (2013), la FM fue percibida por médicos generales como la segunda patología con mayor incidencia de simulación, por delante de la depresión, traumatismo craneoencefálico y lumbalgia. Asimismo, en Briones-Vozmediano, Öhman, Goicolea y Vives-Cases, (2017) algunos profesionales reportaron que algunos pacientes sobreactúan para recibir el diagnóstico de FM por las ganancias secundarias que implica reconocer su sufrimiento en forma de enfermedad médica.

En cuanto a su origen, si bien es desconocido, se han sugerido multitud de factores desencadenantes, entre los que se encuentran: eventos traumáticos o adversos (Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005; Varinen, Kosunen, Mattila, Koskela y Sumanen, 2017), infecciones virales, (Silberbogen, Janke Hebenstreit, 2007), problemas de sueño (Mork y Nilsen, 2012), *distress* (Forseth, Husby, Gran y Førre, 1999), y traumas físicos (Wynne-Jones, Macfarlane, Silman y Jones, 2006), entre otros. Sin embargo, existe cierto debate, quizás desde distintas raíces epistemológicas, en cuanto al papel de los factores de riesgo en la conformación de la enfermedad, esto es, en qué medida afectan a lo orgánico y de qué forma. Por un lado, quienes defienden que la FM es un Síndrome de Sensibilización Central, en tanto que los síntomas se *explicarían* por las numerosas alteraciones funcionales, incluso estructurales (e. g., Gómez-Argüelles, Maestú-Unturbe y Gómez-Aguilera, 2018), halladas a nivel de sistema nervioso central en áreas tales como las implicadas en la percepción de la estimulación dolorosa, entre otras (Jay y Barkin, 2015), que a su vez, estarían determinadas por factores

psicosociales, ambientales y genéticos (Van Houdenhove, Egle y Luyten, 2005). No obstante, hasta el momento se desconoce el papel que desempeñan dichos correlatos neurofisiológicos, en tanto que no sabemos si son causa o consecuencia, si responden a simple variabilidad de fenotipo o si resultan un epifenómeno (Wolfe y Walitt, 2013; Walitt, Ceko, Gracely y Gracely, 2016). Partiendo de este punto, y sin negar la autenticidad de la experiencia del enfermo, posiciones más escépticas con la conceptualización biomédica u organicista, entienden la FM como un problema *psicógeno*, y que no es más que una nueva conceptualización desde la reumatología de otras entidades ya definidas por la psiquiatría, como los trastornos somatoformes (Barker, 2011; Fernández, Fernández, Amigo y Pérez-Álvarez, 2006; Shorter, 1992; Wolfe y Walitt, 2013). Distintos estudios han explorado las creencias de los profesionales al respecto, encontrándose una proporción variable de sujetos que la entienden como un fenómeno que responde a factores psicológicos y/o culturales (Agarwal et al., 2017; Asbring y Närvänen, 2003; Ghazan-Shahi, Towheed y Hopman, 2012; Hayes et al., 2010; Pastor, López-Roig, Johnston, Gracia y Daza, 2012), o incluso no la consideran una enfermedad médica (e. g. Amber et al., 2014; Blotman et al., 2005; Kamoun et al., 2010). Por ejemplo, en Ghazan-Shahi et al. (2012) más de la mitad de los reumatólogos canadienses creían que la FM es de naturaleza psicógena en lugar de física; sin embargo, en ese mismo país, Agarwal et al. (2017) encontró que solo para un tercio de los reumatólogos resultaba una condición psicosocial. A destacar el estudio de Pastor y colaboradores (2012) por emplear una muestra de profesionales de España, en el que se encontró que el 60% de los médicos de atención primaria conceptualizaban el fenómeno de la FM como consecuencia de factores psicológicos, como el estrés, la personalidad, las preocupaciones, o eventos adversos. Con todo este escepticismo y discrepancia en torno a su conceptualización, es esperable que para algunos médicos sea valorada como la enfermedad con el menor prestigio en la Medicina (Album y Westin, 2008; Album, Johannessen y Rasmussen, 2017), o que incluso algunos reumatólogos

no estimen oportuno abordar una entidad que se definió otrora desde la propia especialidad (Ghazan-Shahi et al., 2012)³⁰.

También se han estudiado los sesgos de género en FM. Normalmente en la clínica se consideran en menor medida como pacientes con FM aquellos cuyo sexo es varón que aquellos que son mujer (Martin, 2011), lo que reafirma la creencia de que es la FM es una enfermedad exclusivamente femenina. De esta manera, la FM se atribuye al sexo femenino por las particularidades de personalidad culturalmente asociadas con éste (Briones-Vozmediano et al., 2018). Por el contrario, como se mostró en un reciente trabajo de Wolfe et al. (2018), evitando este sesgo en su diagnóstico y siguiendo los criterios establecidos, la proporción entre hombres y mujeres quedaría muy próxima.

En cuanto a su manejo clínico, como vimos en el Capítulo 1, no existe unanimidad entre las principales guías de manejo de la FM, pero en general, comparten una aproximación biopsicosocial, tomando precaución con el uso de aquellos fármacos que sí tengan la evidencia necesaria, y con aquellas terapias o tratamientos que no la tengan. Pero lo cierto es que, en la práctica clínica, no todos los profesionales consideran estas recomendaciones.

En Kianmehr et al. (2017), se detectaron creencias respecto a la consideración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y corticoides como opciones de tratamiento de la fibromialgia aun cuando se desaconseja su uso en las guías de manejo. Incluso, el tratamiento con AINES se consideró en mayor medida que otras formas de tratamiento, como la terapia cognitivo-conductual o el ejercicio físico (Kianmehr et al., 2017).

Por otra parte, las terapias complementarias o alternativas — como la quiropráctica, la osteopatía u homeopatía— cuya evidencia no se ha constatado por las guías oficiales, se han

³⁰ En concreto, Ghazan-Shahi y colaboradores (2012) encontraron que para un 89% de los reumatólogos el papel principal en el abordaje de la FM debería desempeñarlo el médico de familia. Además, el 70% indicó que la reumatología no debería apropiarse de la conceptualización y clasificación de la fibromialgia.

considerado en algunos estudios como opciones reales de tratamiento en la clínica (e. g., Agarwal et al. 2017; Blotman et al., 2005), aunque desconocemos las razones de tal estimación — p. ej., si tal vez crean en la efectividad intrínseca de esas terapias o si consideran su posible efecto placebo en el paciente—. En el trabajo de Blotman et al. (2005), se indicó con mayor frecuencia la homeopatía y la osteopatía como opciones de tratamiento por médicos generales que por reumatólogos. Asimismo, en otro estudio se vio que los médicos subestiman el uso de terapias complementarias o alternativas por sus pacientes, lo que para los autores podría indicar problemas en la comunicación entre el médico y el paciente (Givon, Liberman, Klang y Kahan, 2003)

En cualquier caso, parece existir cierta preferencia en abordar la FM desde un enfoque biomédico que frustra a pacientes y médicos, en tanto que a duras penas consigue resultados de salud positivos (Macfarlane et al., 2017). En Homma, Ishikawa y Kiuchi (2016), se relacionó el nivel de frustración de los profesionales de distintas especialidades del país nipón con dificultades en el control de los síntomas de los pacientes. Estos resultados se obtuvieron de manera similar por Pastor et al. (2012) en médicos de atención primaria de España. Asimismo, en Hayes et al. (2010), algunos médicos de atención primaria de Francia se percibieron incapaces de otorgar un tratamiento adecuado a estos pacientes, al igual que en el estudio cualitativo de Ruiz-Moral et al. (2006), donde médicos de atención primaria de nuestro país percibieron que muchos de sus esfuerzos en la atención a estos pacientes resultan inútiles.

En definitiva, para poder entender el fenómeno aquí abordado hemos de considerar la conducta de las dos partes del contexto clínico que guardan la relación más estrecha, como son el médico y el paciente. Aunque en ocasiones en la práctica clínica se aborda la FM de manera biomédica, no en todos los casos se hará por las mismas razones. Dicha conducta médica puede ser regulada por determinadas creencias o el nivel de conocimientos o entrenamiento acerca del manejo de la enfermedad, pero también por conflicto de intereses profesionales o

económicos, falta de recursos, determinadas presiones laborales, falta de entrenamiento en su manejo personal con el paciente, o dificultades en controlar la propia frustración, entre otras. Por ejemplo, se ha visto cómo algunos profesionales tratan de complacer los deseos y demandas de los pacientes con FM—en forma de prescripciones farmacológicas, bajas médicas, derivaciones, etc.—, al mismo tiempo que evitan la frustración personal (Asbring y Närvänen, 2003; Hellstrom et al., 1998), lo que podría traducirse en prescripciones medicamentosas inocuas, o incluso contraproducentes, y en el reforzamiento de patrones de conducta catastrofista u otras conductas de enfermedad.

De esta manera el objetivo de este primer estudio corresponde con el primero de los objetivos específicos, que fue el de explorar cuáles son las creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia en una muestra de profesionales de la salud de España.

3.2. Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 103 profesionales médicos de distintas especialidades y de psicólogos del ámbito sanitario público de la provincia de Almería. Los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de 18 años, b) ser un profesional clínico del Servicio Andaluz de Salud público, y c) pertenecer a las especialidades de Atención Primaria, Psicología Clínica, Medicina Interna o Reumatología. Para su selección se siguió un *muestreo no probabilístico por conveniencia*. La media de edad de los participantes fue de 44,8 años ($DT=12,524$), siendo el 39,8% hombres y el 60,2% mujeres. El promedio de años de experiencia fue de 18,76 ($DT=11,57$), y el 93,21 % indicó tener experiencia en el manejo clínico de pacientes con fibromialgia.

La Tabla 1 muestra los valores de cada una de las variables sociodemográficas por grupos de Unidades de Gestión Clínica: AP, SM, MI y RE. En cuanto a la distribución de la

muestra según especialidad clínica, un 70,9% fueron médicos de Atención Primaria, un 16,4% psicólogos clínicos y psiquiatras de salud mental (8,7% y 7,7%, respectivamente), un 5,8% reumatólogos, y un 6,8% médicos internistas. El 26,21% trabajaban en centros de salud de zonas rurales y el 73,78% en centros de salud u hospitales de ámbito urbano. Asimismo, más del 90% de cada grupo indicó tener experiencia clínica en fibromialgia y una alta proporción de profesionales de SM señaló no tener experiencia en su diagnóstico (87,5%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de cada UGC.

	Total (N=103)	AP (N=73)	SM (N=17)	MI (N=7)	RE (N=6)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo					
Hombre	41(39,8)	28(38,4)	7(41,2)	2(28,6)	4(66,7)
Mujer	62(60,2)	45(61,6)	10(58,8)	5(71,4)	2(33,3)
Centro de trabajo					
Urbano	76(73,8)	51(69,9)	12(70,6)	7(100)	6(100)
Rural	27(26,2)	22(30,1)	5(29,4)	0	0
Experiencia en FM					
Sí	96(93,2)	67(91,8)	16(94,2)	7(100)	6(100)
No	7(6,8)	6(8,2)	1(5,8)	0	0
Experiencia diagnóstico FM					
Sí	52 (51,5)	39(53,4)	2(12,5)	5(83,3)	6(100)
No	49 (48,5)	34(46,6)	14(87,5)	1(16,7)	0
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Edad	44,8(12,54)	45,22(13,92)	42,25(10,58)	36,17(9,15)	49,5(7,39)
Años de experiencia	18,7(11,57)	19,9(12,18)	15,31(10,17)	11,67(8,98)	22(5,76)

Diseño e instrumento

Se trata de un estudio descriptivo, *ex post facto* y transversal (Montero y León, 2007). Se utilizó un cuestionario elaborado *ad hoc*, el *Cuestionario de Creencias sobre la Fibromialgia en Profesionales de la Salud —CCF-PS—*, compuesto de dos partes. En la primera, se incluyeron cuestiones de carácter sociodemográfico, como fueron la edad, sexo, centro o área de trabajo, localidad, profesión y especialidad clínica, experiencia clínica y experiencia en el manejo y diagnóstico de fibromialgia. En la segunda, se indicaron una serie de preguntas de opinión acerca de la fibromialgia (manifestaciones clínicas, diagnóstico,

etiología y abordaje clínico), donde se combinó el formato abierto, el cerrado con respuesta única y el mixto (ANEXO A).

Procedimiento

Inicialmente, se aplicó una primera versión del cuestionario a 3 médicos y 2 psicólogos clínicos para su valoración, ver la utilidad de éste y depurar las preguntas incluidas. A partir de aquí, se diseñó el cuestionario definitivo. La versión final del cuestionario se incluyó en un sobre con franqueo pagado, junto con el consentimiento informado y una hoja de información del estudio, entregándose a 211 participantes de distintos centros de salud y hospitales públicos de la provincia de Almería, seleccionados de forma discrecional. Antes de acceder a la muestra, se obtuvo el consentimiento del jefe de la UGC de cada uno de los centros y áreas seleccionadas. Posteriormente, clínicos y residentes colaboradores se encargaron de entregar a los participantes seleccionados el sobre con el cuestionario y la documentación, así como de explicar de forma verbal cualquier duda acerca del estudio. Del total de cuestionarios entregados, se devolvieron al investigador principal y/o colaboradores un total de 133. Finalmente, se incluyeron en el análisis sólo 103 debido a que algunos fueron entregados incompletos o en blanco. La tasa de respuesta del cuestionario debidamente cumplimentado para cada grupo fue la siguiente: 43,97% de Atención Primaria, 68% de salud mental, 58% de médicos internistas y 75% de reumatólogos.

Categorización de las respuestas

Las respuestas a las cuestiones abiertas o en formato mixto fueron transformadas en variables nominales por parte de cada uno de los equipos de investigación. De esta forma, se crearon categorías para cada cuestión por parte de dos investigadores, tratando de recoger todo el espectro de respuestas dadas. Una vez creadas las categorías, dos investigadores en asignaron

de forma independiente las categorías establecidas a cada una de las respuestas de los participantes. El Coeficiente Kappa de Cohen entre jueces fue de 0,87.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la Junta de Andalucía (código de protocolo 0800-N-16). Todos los participantes fueron informados debidamente acerca del estudio y de su carácter anónimo. Asimismo, todos firmaron un consentimiento informado que se incluía en las encuestas.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para explorar las relaciones entre variables categóricas. Para las comparaciones de variables cuantitativas (p. ej., edad, años de diagnóstico o años de experiencia) entre más de dos grupos, se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis.

Para este análisis y los descriptivos, se utilizó el paquete estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics para MacOS, versión 21.0). Asimismo, para la categorización, codificación y cálculo de fiabilidad interjueces de las respuestas abiertas o mixtas se utilizó el programa Microsoft Excel 2018 (versión 16.17).

3.3. Resultados

En cuanto a los resultados de este estudio, en la Tabla 2 se pueden ver los resultados de las creencias de cada uno de los grupos (Atención Primaria, salud mental, medicina interna y Reumatología). Como se observa, existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la explicación etiológica de la enfermedad ($\chi^2=12,793$; $p<0,05$). Destacó el 59,7% de profesionales de AP y el 66,7% de MI que indicaron una conceptualización basada en la «somatización» de la FM, frente a la ausencia de profesionales de RE que la conceptualizaron así.

Asimismo, contrastó el 16,7% en MI frente al 50% en RE tanto para la conceptualización «orgánica» como para la «psicosomática». Haciendo un análisis pormenorizado de estos resultados, si sumamos los porcentajes de la explicación «psicosomática» y de «somatización» en tanto que compartían el carácter psicógeno, destacó el 83,4% de MI, en contraste con el 50% de RE.

Respecto a la consideración de «discapacidad», cabe señalar el 58,9% de profesionales de AP que sostuvo que «en ningún caso ha de considerarse» como una enfermedad discapacitante, en comparación con el 16,7% de RE ($\chi^2=7,144$; $p<0,05$). Otro dato no desdeñable es que ningún profesional la consideró discapacitante *per se*.

También se encontraron diferencias respecto a «si se considera una enfermedad bien diferenciada de otras» ($\chi^2=8,816$; $p<0,05$). Entre un 73,3 y 83,3% de profesionales de los grupos de AP, SM y MI indicó no diferenciarla bien de otras enfermedades, en comparación con el 33,3% de RE.

En cuanto a «si se considera fundamental su diagnóstico», también se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=8,034$; $p<0,05$). La totalidad de los profesionales de los grupos de MI y RE lo consideraron fundamental, frente al 57,5% de AP.

Por lo que respecta a «qué especialidades han de llevar el peso principal en el abordaje» de los casos también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=41,404$; $p<0,001$). El 46,6% de AP, que es la mayoría a nivel intragrupo, se consideró a sí mismo como responsable principal en el abordaje de los casos, considerando en menor medida a Reumatología como responsable. En contraposición, en RE el 66,7% se consideró a sí mismo como responsable principal, no otorgando en ningún caso a Atención Primaria dicho papel. Asimismo, el 66,7% de MI consideraron a Atención Primaria con dicho papel, y salud mental fue considerada en mayor proporción por MI y AP (33,3 y 20,5%, respectivamente).

Cruzando algunos de estos resultados, no se hallaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la explicación etiológica en función de si creían fundamental ($\chi^2=9,160$; $p=0,165$) o no ($\chi^2=0,165$; $p=0,921$) su diagnóstico. Lo mismo sucedió controlando si consideraban que se diferenciaba bien ($\chi^2=10,417$; $p=0,108$) o no de otras enfermedades ($\chi^2=7,809$; $p=0,252$).

Tabla 2. Comparativa de algunas creencias en FM entre grupos de UGCs.

	Total (N=103)	AP (N=73)	SM (N=17)	MI (N=7)	RE (N=6)	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Explicación etiológica</i>						
Somatización	46(54,10)	37(59,7)	5(45,5)	4(66,7)	0	12,793*
Orgánica	28(32,95)	20(32,3)	4(36,4)	1(16,7)	3(50)	
Psicosomática	11(12,95)	5(8,1)	2(18,2)	1(16,7)	3(50)	
<i>Consideración de discapacidad</i>						
Sí, siempre	0	0	0	0	0	7,144*
Sí, dependiendo de la gravedad	50(49,50)	30(41,1)	11(68,8)	5(83,3)	4(66,7)	
No, en ningún caso	51(50,5)	43(58,9)	5(31,2)	1(16,7)	2(33,3)	
<i>Se diferencia bien de otras entidades</i>						
Sí	21(21)	12(16,4)	4(26,7)	1(16,7)	4(66,7)	8,816*
No	79(79)	61(83,6)	11(73,3)	5(83,3)	2(33,3)	
<i>Cree fundamental su diagnóstico</i>						
Sí	63(63,64)	42(57,5)	9(64,3)	6(100)	6(100)	8,034*
No	36(36,36)	31(42,5)	5(35,7)	0	0	
<i>Responsable principal</i>						
Atención Primaria	40(40,81)	34(46,6)	2(15,4)	4(66,7)	0	41,404***
Reumatología	15(15,30)	6(8,2)	5(38,5)	0	4(66,7)	
Salud Mental	19(19,38)	15(20,5)	2(15,4)	2(33,3)	0	
Medicina Interna	2(2,04)	0	2(15,4)	0	0	
Multidisciplinar	22(22,44)	18(24,7)	2(15,4)	0	2(33,3)	

Nota. * $p < .05$, *** $p < .001$. Valores expresados como frecuencias de mención; valores de p calculados con prueba Chi-cuadrado.

En cuanto a las razones por las que se consideraba fundamental o no diagnosticar la fibromialgia en pacientes con la sintomatología, se muestran en la Tabla 3. Para aquellos que indicaron que sí resultaba fundamental, las razones más frecuentes fueron «para que conozcan su enfermedad» y «para que pueda recibir un tratamiento adecuado» (34,2 y 32,8%, respectivamente). Para aquellos que no lo consideraban fundamental, las razones más frecuentes fueron «por problemas de constructo» (48,7%) y «porque genera estigma» (21,9%),

siendo la primera de ellas mencionada en mayor medida por AP y SM (20% y 25%, respectivamente), frente a la no mención en los otros dos grupos. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2=4,433$; $p=0,193$), como así lo fue con el resto de las razones mencionadas por los profesionales.

Tabla 3. Razones a favor o en contra de diagnosticar la fibromialgia.

	Total (N=103)	AP (N=73)	SM (N=17)	MI (N=7)	RE (N=6)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i>Razones a favor</i>					
Para que conozcan su enfermedad	25 (34,2)	19 (22,4)	2 (16,7)	1 (14,3)	3 (30)
Para que puedan recibir un tratamiento adecuado	24 (32,8)	15 (17,6)	3 (25)	3 (42,9)	3 (30)
Para evitar pruebas diagnosticas o peregrinajes innecesarios	10 (13,6)	5 (5,9)	1 (8,3)	1 (14,3)	3 (30)
Para descartar otras patologías	9 (12,3)	6 (7,1)	0	2 (28,6)	1 (10)
Para alivio del médico	4 (5,4)	4 (4,7)	0	0	0
Por razones epidemiológicas	1 (1,3)	0	1 (8,3)	0	0
<i>Razones en contra</i>					
Por problemas de constructo	20 (48,7)	17 (20)	3 (25)	0	0
Porque genera estigma	9 (21,9)	9 (10,6)	0	0	0
Porque refuerza el rol de enfermo	5 (12,2)	4 (4,7)	1 (8,3)	0	0
Porque supone un gasto sanitario innecesario	4 (9,7)	3 (3,5)	1 (8,3)	0	0
Porque no hay un tratamiento específico	3 (7,3)	3 (3,5)	0	0	0

Nota. Valores expresados como frecuencias de mención.

En la Tabla 4 se muestran otras cuestiones acerca del diagnóstico y tratamiento de la FM, ordenadas según frecuencia de mención. En lo que respecta a las entidades de las que la fibromialgia resulta difícil diferenciar, la más frecuente fue la de «trastornos del ánimo» (37%), seguida de «enfermedades reumáticas» (23,5%). La menos frecuente fue la de «trastornos de síntomas somáticos» (3,4%). En cuanto a las diferencias entre grupos, se hallaron diferencias significativas en frecuencia de mención de «trastornos del ánimo» ($\chi^2=12,605$; $p<0,001$), siendo más frecuente en AP (53,4%) y RE (33,3%). Asimismo, aún no encontrándose diferencias significativas, apuntar que en AP se mencionó en menor medida «otros Síndromes de Sensibilidad Central» (5,5%; $\chi^2=5,989$; $p=0,104$).

En cuanto a sus manifestaciones clínicas, «Trastornos del ánimo» y «dolor generalizado o difuso» fueron las más frecuentes (19,7% y 18,1%, respectivamente). Por el contrario, las

menos mencionadas fueron «dolor con signos orgánicos» y «problemas cognitivos» (1,1% y 0,8%, respectivamente). Asimismo, se mencionaron en mayor medida y de manera significativa por el grupo de RE las manifestaciones de: «trastornos del ánimo» (83,3%; $\chi^2=8,589$; $p<0,05$), «fatiga» (100%; $\chi^2=12,206$; $p<0,01$), «problemas de sueño» (83,3%; $\chi^2=10,071$; $p<0,05$), «problemas gastrointestinales» (50%; $\chi^2=10,079$, $p<0,05$), «dolor de cabeza» (50%; $\chi^2=32,316$; $p<0,001$), y «parestias» (33,3%; $\chi^2=17,366$; $p<0,01$). En cuanto a problemas cognitivos, fueron referidos en mayor medida por SM (17,6%; $\chi^2=15,632$; $p<0,05$).

Finalmente, respecto a aquellas modalidades de tratamiento que se consideraron para el abordaje de la FM, la modalidad de tratamiento mencionada con mayor frecuencia fue la que combinaba un «tratamiento farmacológico» con uno «físico y psicológico y/o educativo» (27,2%), y la menos mencionada fue aquella con solo «tratamiento físico». También es de recibo destacar que una intervención exclusivamente «farmacológica» se reportó con mayor frecuencia que aquella «farmacológica» combinada con «psicológico y/o educativo» (12,6 y 9,7%, respectivamente). Aquí debemos señalar las diferencias entre grupos halladas en un tratamiento «psicológico y/o educativo», siendo citado en mayor medida por MI (42,9%; $\chi^2=12,646$; $p<0,05$).

Tabla 4. Otras cuestiones acerca de la fibromialgia.

	Total (N=103)	AP (N=73)	SM (N=17)	MI (N=7)	RE (N=6)	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Entidades de las que resulta difícil discriminar la FM</i>						
Trastornos del ánimo	44 (37)	39 (53,4)	2 (11,8)	1 (14,3)	2 (33,3)	12,605**
Enfermedades reumáticas	28 (23,5)	21 (28,8)	3 (17,6)	2 (28,6)	2 (33,3)	ns
Síntomas inespecíficos	23 (19,4)	18 (24,7)	4 (23,5)	1 (14,3)	0	ns
Otros SSC	9 (6,2)	4 (5,5)	2 (11,8)	1 (14,3)	2 (33,3)	ns
Trastornos relacionados con traumas y estrés	6 (5,1)	4 (5,5)	1 (5,9)	1 (14,3)	0	ns
Enfermedades endocrinas o inmunes	5 (4,2)	3 (4,1)	0	2 (28,6)	0	ns
Trastornos de síntomas somáticos	4 (3,4)	3 (4,1)	0	1 (14,3)	0	ns
<i>Manifestaciones clínicas de la FM</i>						
Trastornos del ánimo	72 (19,7)	54 (74)	7 (41,2)	6 (85,7)	5 (83,3)	8,589*
Dolor generalizado, difuso, extendido o crónico	66 (18,1)	48 (65,8)	9 (52,9)	3 (42,9)	6 (100)	ns
Fatiga	58 (15,9)	35 (47,9)	10 (58,8)	7 (100)	6 (100)	12,206**
Umbral del dolor bajo	39 (10,7)	31 (42,5)	2 (11,8)	4 (57,1)	2 (33,3)	ns
Problemas de sueño	36 (9,8)	24 (32,9)	3 (17,6)	4 (57,1)	5 (83,3)	10,071*
Dolor sin signos orgánicos	23 (6,3)	21 (28,8)	1 (5,9)	0	1 (16,7)	ns
Dolor musculoesquelético	20 (5,4)	14 (19,2)	4 (23,5)	2 (28,6)	0	ns
Rigidez	12 (3,2)	9 (12,3)	2 (11,8)	1 (14,3)	0	ns
Problemas gastrointestinales	12 (3,2)	8 (11)	1 (5,9)	0	3 (50)	10,079*
Dolor de cabeza	5 (1,3)	0	2 (11,8)	0	3 (50)	32,316***
Parestesias	5 (1,3)	0	2 (11,8)	1 (14,3)	2 (33,3)	17,366**
Problemas con movimiento o evitación del movimiento	5 (1,3)	3 (4,1)	0	2 (28,6)	0	ns
Problemas de personalidad	4 (1,1)	3 (4,1)	1 (5,9)	0	0	ns
Dolor con signos orgánicos	4 (1,1)	3 (4,1)	0	1 (14,3)	0	ns
Problemas cognitivos	3 (0,8)	0	3 (17,6)	0	0	15,632*
<i>Mejores combinaciones de tratamiento para la FM</i>						
Farmacológico*Físico*Psicológico y/o Educativo	28 (27,2)	22 (30,1)	4 (23,5)	0	2 (33,3)	ns
Farmacológico*Físico	15 (14,6)	11 (15,1)	2 (11,8)	1 (14,3)	1 (16,7)	ns
Farmacológico	13 (12,6)	11 (15,1)	0	1 (14,3)	1 (16,7)	ns
Físico*Psicológico y/o Educativo	13 (12,6)	8 (11)	4 (23,5)	0	1 (16,7)	ns
Farmacológico*Psicológico y/o Educativo	10 (9,7)	8 (11)	2 (11,8)	0	0	ns
Psicológico y/o Educativo	9 (8,7)	5 (6,8)	0	3 (42,9)	1 (16,7)	12,646*
Físico	5 (4,9)	3 (4,1)	1 (5,9)	1 (14,3)	0	ns

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Valores expresados como frecuencias de mención; valores de p calculados con prueba Chi-cuadrado. "Entidades de las que resulta difícil discriminar la fibromialgia": se aportaron entre 1 y 3 entidades por cada uno de los participantes para los que resulta difícil discriminarla de otras. "Manifestaciones clínicas de la fibromialgia": se aportaron entre 1 y 8 manifestaciones por cada uno de los participantes que respondieron a esta cuestión.

3.4. Discusión

La FM resulta una entidad controvertida entre los profesionales clínicos, como se observa en este Estudio 1. En primer lugar, en cuanto a la explicación etiológica de la FM, en su mayoría la conceptúan como una entidad «psicógena», englobándose en esto tanto lo «somatoforme» como lo «psicosomático». En concreto, destaca el alto porcentaje de profesionales de Atención Primaria y Medicina Interna que la entienden como una

«somatización». Sin embargo, y he aquí la mayor discrepancia, es en Reumatología donde menos se conceptúa como una entidad «psicógena», siendo coherente con lo obtenido por Ghazan-Shahi et al (2012).

En cuanto a la consideración de discapacidad, es destacable que el 58,9% de profesionales de Atención Primaria indicaron que «en ningún caso ha de considerarse la discapacidad» en esta población de pacientes. Asimismo, en cuanto a «si es fundamental su diagnóstico», donde mayor controversia existe es entre los profesionales de Atención Primaria. Entre todos aquellos profesionales para los que no se considera fundamental, las razones más frecuentes son «por problemas de constructo» y «porque genera estigma».

Una posible explicación de estos resultados en Atención Primaria es que estos profesionales, al ser los que tienen mayor contacto de forma continuada e información del estado de salud y repertorio de esta población, consideran que el estatus de discapacidad y el propio diagnóstico de la FM resultan contraproducentes en términos de severidad de síntomas. Esto podría ir en la línea de lo apuntado por otros autores (Ehrlich, 2003; Hadler, 2013; Madden y Sim, 2016; Wolfe, 2009), quienes consideran que, al ser etiquetada esta enfermedad, queda cosificada en forma de alteración orgánica crónica que daría «explicación» de los síntomas y justificaría el papel de enfermo. De esta forma, la etiqueta posee funciones estigmatizantes y catastrofistas, lo que podría influir en la amplificación de las conductas de dolor. Otra explicación de los resultados es que, para algunos de estos médicos de Atención Primaria, la FM no se trate de una enfermedad sino de falsos pacientes que tratan de obtener ganancias secundarias, como ya se reportó en Santamaría et al. (2013) y en Briones-Vozmediano et al. (2018).

En lo referente a la cuestión de si se diferencia bien de otras enfermedades, reseñar que la gran mayoría de profesionales no la diferencian claramente de otras, a excepción de Reumatología, donde solo para el 33,3% no se diferencia de forma clara. Estos datos coinciden

con los obtenidos por Perrot et al. (2012), donde los reumatólogos mostraron en mayor medida tener una idea clara y mejores conocimientos sobre el diagnóstico de FM que otras especialidades. Asimismo, en línea con lo apuntado por Wolfe et al. (2010), las enfermedades o trastornos que más se reportaron en cuanto a la difícil diferenciación con la FM son los «trastornos del ánimo» y las «enfermedades reumáticas», siendo los primeros mencionados con mayor frecuencia por Atención Primaria, en contraste con la menor mención por salud mental. Este hallazgo es esperable, en tanto que en salud mental están *a priori* más entrenados en reconocer problemas de índole emocional que en Atención Primaria, por lo que diferenciarían con menos dificultades la FM respecto a problemas de corte emocional.

Por lo que respecta a qué especialidades han de llevar el peso principal en el abordaje de los casos, hay que señalar que tanto los médicos de Atención Primaria como los reumatólogos se consideran a sí mismos con ese papel, considerando a los otros en menor medida. Igualmente, medicina interna también considera a Atención Primaria con protagonismo en dicho papel. Estos datos no coinciden con Ghazan-Shahi et al. (2012), donde la gran mayoría de reumatólogos consideraba que era Atención Primaria la que debería ocupar ese papel. Esta discrepancia puede que tenga que ver con las creencias respecto al origen. Esto sería así puesto que, si se considera en mayor medida por parte de Atención Primaria y Medicina Interna una somatización y no un problema orgánico, puede que el médico de Atención Primaria, que es el primer profesional que recibe a estas personas, juegue un papel importante en cuanto a la contención de la cronificación y medicalización del problema.

Las manifestaciones clínicas que más se reportan son los «trastornos del ánimo» y «dolor generalizado o difuso». Por el contrario, las menos mencionadas son «dolor con signos orgánicos» y «problemas cognitivos». En su mayoría, los profesionales muestran buenos conocimientos respecto a las manifestaciones clínicas de la FM, según los criterios diagnósticos (Wolfe et al., 2016). Sin embargo, los problemas cognitivos, a pesar de estar

recogidos en los criterios diagnósticos, apenas se indican como manifestación clínica. Los trastornos del ánimo, fatiga, problemas de sueño, problemas gastrointestinales y parestesias, se mencionan con mayor frecuencia en Reumatología, lo que muestra unos conocimientos más profundos del fenómeno en esta especialidad, siendo coherente con lo obtenido por Perrot et al. (2012).

Finalmente, en cuanto a las creencias sobre el tratamiento, la gran mayoría de profesionales cree que la mejor combinación de tratamiento es aquel que implique un «tratamiento farmacológico, físico y psicológico y/o educativo», en línea con lo que recomiendan algunas guías de manejo clínico de la FM (Häuser et al., 2010). Sin embargo, si analizamos con mayor detalle otras combinaciones mencionadas, el tratamiento exclusivamente «farmacológico» se reporta con mayor frecuencia que la combinación de «farmacológico» y «psicológico y/o educativo». Esto contradice a la evidencia, en tanto que el tratamiento farmacológico prescrito de forma aislada resulta poco efectivo para mitigar los síntomas (Clauw, 2014), además de generar efectos adversos que pueden hacerse pasar por los propios de la FM (Berthelot et al., 2018; Brummett et al., 2013). Es necesario mencionar que un tratamiento exclusivamente «psicológico y educativo» se cita con mayor frecuencia en medicina interna, lo que podría relacionarse con una conceptualización mayoritariamente psicógena del fenómeno entre la muestra de profesionales de la medicina interna.

En definitiva, aún encontrándose diferencias significativas entre grupos, destaca entre todos estos profesionales la conceptualización mayoritaria de la fibromialgia como una entidad psicógena y su difícil diferenciación de otras entidades, sobresaliendo en particular en Atención Primaria y Medicina Interna.

4. Estudio 2. Creencias y conocimientos sobre la fibromialgia en pacientes de España e Hispanoamérica

4.1. Introducción

En fibromialgia es frecuente que pasen algunos años desde los primeros síntomas hasta su diagnóstico, entre los cuales los pacientes pasan por multitud de procedimientos diagnósticos e innumerables tratamientos farmacológicos sin resultados favorables (Glattacker, Opitz y Jäckel, 2010). Cuando por fin el paciente con los síntomas recibe el diagnóstico, se topa con una enfermedad de la que se desconoce su origen —aunque se sospecha de determinados factores, como el estrés, traumas, personalidad o infecciones— y que la sufrirá «para toda la vida». Quizás, el mensaje optimista que recibe en primera instancia es que se conocen formas de paliar los síntomas, esencialmente desde un prisma biopsicosocial, pero desde el que el paciente ha de poner mucho de su parte —cuidado físico y emocional—. Sin embargo, puesto que tiene una enfermedad con algunos enigmas, el paciente demanda más información, acudiendo a las redes sociales, libros de autoayuda, medios de comunicación o, en el mejor de los casos, a asociaciones de pacientes —por prescripción médica o por consejo de otros—. Todo este proceso, de primeros síntomas, diagnóstico y —posible— búsqueda de información, puede intervenir en el proceso de conformación de creencias acerca de la enfermedad (Barker, 2002; Madden y Sim, 2016). De esta forma, pueden moldearse ciertas creencias —p. ej., relacionadas con la naturaleza de su enfermedad y del dolor, sobre qué es bueno o malo para su enfermedad o bajo qué formas o síntomas se manifiesta— que pueden servir de control sobre determinadas conductas de salud.

Como es sabido, en muchas ocasiones la FM se usa como diagnóstico de exclusión o «cajón de sastre» en el que se meten multitud de signos y síntomas que *a priori* pueden asociarse —o no— a la enfermedad, pero no son debidos a la misma (Wolfe y Walitt, 2013).

Aunque no abundan los estudios sobre este tópico, en algunos se ha visto que los pacientes a menudo atribuyen falsos síntomas y signos a la enfermedad, quizás por el desconocimiento acerca de la enfermedad o porque tales manifestaciones coincidan temporalmente con el inicio de la FM. Por ejemplo, en los trabajos de Stuijbergen Phillips, Voelmeck y Browder (2006), Van Wilgen et al. (2008), Van Ittersum et al. (2009), y Glattacker et al. (2010), en los que se evaluaron las percepciones de enfermedad en pacientes con fibromialgia mediante el Cuestionario de Creencias de Enfermedad (Illness Perception Questionnaire; Moss-Morris et al., 2002), los pacientes atribuyeron, de una lista de posibles síntomas y signos, la pérdida de peso, el dolor de garganta, la irritación ocular o sufrir acufenos como manifestaciones clínicas de su enfermedad³¹.

Otros estudios se han centrado en estudiar las creencias respecto a la naturaleza y signos de la enfermedad. Koca, Tugan, Koçigit y Nacitarhan (2018) encontraron una proporción elevada de pacientes que sostenía que la fibromialgia es una enfermedad de naturaleza inflamatoria, que aumenta la inflamación en la sangre, causa deformidad en las articulaciones, reduce la fertilidad, y que se transmite de madres a hijos, destacando el porcentaje de pacientes que la conceptuaron como una enfermedad inflamatoria³² —sobre el 60%—. Esto va en línea con los hallazgos del trabajo de Nielson y Jensen (2004) que encontraron creencias acerca de daño musculoesquelético asociado a un estilo de afrontamiento más externalizante y catastrofista de la enfermedad. Por otra parte, en sendos trabajos de Stuijbergen et al. (2006), Van Wilgen et al. (2008), Van Ittersum et al. (2009) y Glattacker et al. (2010) los pacientes

³¹ Si bien, en Van Ittersum et al. (2009) los participantes atribuyeron en menor proporción esos síntomas a la enfermedad que en los trabajos de Stuijbergen et al. (2006), Van Wilgen et al. (2008) y Glattacker et al. (2010), quizás debido a que los participantes de Van Ittersum et al. (2009) se reclutaron de un centro de terapia física y educación en el que se encontraban bajo tratamiento.

³² Como bien recordará el lector, en el Capítulo 2 vimos cómo en un principio la fibromialgia —anteriormente fibrositis— se entendía como una enfermedad inflamatoria, lo que puede explicar de dónde viene que algunos pacientes la conceptúen de tal modo.

atribuyeron en mayor medida como causas desencadenantes de la enfermedad aquellas relacionadas con factores psicosociales, como el estrés, las preocupaciones o el exceso de trabajo. Otras explicaciones, como el origen viral o algunos problemas inmunológicos, también se apuntaron como causas, aunque en menor medida que las relacionadas con factores psicosociales (Stuifbergen et al., 2006; Van Wilgen et al., 2008; Van Ittersum et al., 2009; Glattacker et al., 2010). En la misma línea que los anteriores, en un trabajo más reciente de Cedraschi y colaboradores (2013), la mayor parte de los pacientes atribuyeron el origen de su enfermedad a eventos adversos o problemas psicológicos.

Asimismo, algunos estudios de metanálisis han encontrado que los pacientes perciben que sus síntomas son de naturaleza orgánica y aceptan de mejor grado aquellas concepciones o explicaciones de carácter biomédico (Sim y Madden, 2008), puesto que la percepción hacia lo psicógeno goza de menor credibilidad, legitimidad y de mayor estigma (Schaefer, 2005). En cualquier caso, aún percibiéndose como una enfermedad psicógena, como consecuencia de vivencias estresantes o adversas (e. g., Stuifbergen et al., 2006; Van Wilgen et al., 2008; Van Ittersum et al., 2009; Glattacker et al., 2010), los pacientes creen que esas experiencias afectan al organismo de tal forma que generan una enfermedad física —psicosomática—, que afecta de manera crónica e irreversible (Madden y Sim, 2006). Existe así una percepción de incontrolabilidad de los síntomas y devenir de la enfermedad — una percepción catastrofista de la enfermedad— (e. g., Gelabert et al., 2001; Lledó et al., 2010; Pastor et al., 1993), lo que se ha asociado a mayor severidad en los síntomas, peor adherencia al tratamiento y calidad de vida (e. g., Bloom et al., 2018; Dorado et al., 2017; Ellingson, Stegner, Schwabacher, Lindheimer y Cook, 2018; Galenkamp, Lazaridou, Franceschelli, Napadow y Edwards, 2018).

Normalmente, los pacientes son informados de los beneficios de la actividad física, no hacer un mal uso de los fármacos, y mantener una buena alimentación e higiene de sueño (van

Ittersum et al., 2014). Sin embargo, en la práctica clínica no todos estos consejos se llevan a la práctica (Madden y Sim, 2006).

Diversos estudios han mostrado que los pacientes suelen conocer los beneficios de la actividad física para su enfermedad (Koca y cols., 2018; Peñacoba, Pastor, López-Roig, Velasco y Lledo, 2017), aun muestran baja adherencia en seguir las prescripciones de aumento o mantenimiento de la actividad física (Madden y Sim, 2006). Algunos estudios han encontrado que estos pacientes tienen miedo al movimiento o kinesiofobia (e. g., Burwinkle, Robinson y Turk, 2005; Lorente, de Stefani y Martins, 2014; Malfliet et al., 2017; Peñacoba et al., 2017), lo que sin duda podría estar relacionado con falsas creencias respecto a la naturaleza física y degenerativa de la enfermedad (Malfliet et al. 2017). Como se vio en un estudio de Peñacoba et al. (2017), los pacientes, aún conociendo los beneficios de caminar, lo evitaban por razones relacionadas con la dificultad de caminar en presencia de la fatiga y el dolor, y con el aumento de esos síntomas tras caminar.

Asimismo, estos pacientes suelen tomar multitud de fármacos, con consecuencias negativas a largo plazo, como sucede en algunos casos con los opioides (Fitzcharles, Ste-Marie, Gamsa, Ware y Shir, 2011). De hecho, en Koca y cols. (2018) se hallaron creencias relacionadas con el tratamiento farmacológico, considerándose imposible paliar los síntomas sin medicación. Sin embargo, como en muchas ocasiones la medicina convencional no logra surtir efecto y genera múltiples efectos adversos, el paciente busca otras opciones de tratamiento en función de su propio sistema de creencias. Esto ha llevado a que en los últimos años se dé un aumento en el uso de pseudoterapias, sustancias ilegales o malos hábitos dietéticos (Terhorst, 2011). En Álvarez-Hernández et al. (2006), en una muestra de pacientes de distintas enfermedades reumatológicas de Méjico, más de la mitad de los pacientes con fibromialgia encuestados indicaron usar alguna terapia complementaria o alternativa, destacando los complementos vitamínicos y la homeopatía.

En cuanto al estudio comparativo de dichas creencias entre distintos países o regiones, en la literatura, aún siendo un tema poco estudiado, podemos encontrar algunos trabajos. Ruiz-Montero et al. (2015) evaluaron las percepciones hacia la enfermedad en pacientes con FM de Países Bajos y España, encontrando que los pacientes de España reportaron mayor número de percepciones negativas hacia la enfermedad y mayor impacto de la enfermedad que los de Países Bajos. En la misma línea, Kuppens et al. (2016) encontraron diferencias entre pacientes de Bélgica y Países Bajos respecto a creencias negativas de la enfermedad y atribuciones externalizantes como causas de su enfermedad, siendo más importantes en los primeros. Si bien, estos estudios se han llevado a cabo entre distintos países de Europa que, en cierta forma, comparten un mismo marco sociocultural —aunque con sus particularidades—, además de compartir el uso de las distintas guías europeas de manejo clínico de la FM (p. ej., las guías de EULAR o AWMF). Uno de los pocos estudios que sí comparó entre países de Europa y la de América Latina fue el de Clark et al. (2013), aunque no específicamente exploraron las creencias sobre la propia enfermedad en pacientes. En este estudio los pacientes de Latino América reportaron experimentar mayor severidad de los síntomas, recibir menor número de calmantes, y recibir menor consejo sobre los hábitos de salud y técnicas de relajación.

El objetivo de este segundo estudio corresponde con el sexto y séptimo de los objetivos específicos, que fueron los de explorar cuáles son las creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia en una muestra de pacientes con FM de España y países de Hispanoamérica, y el de analizar las posibles diferencias en creencias y conocimientos entre ambos grupos de pacientes.

4.2. Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 615 pacientes con FM provenientes de países hispanoparlantes, 12 hombres (2%) y 603 mujeres (98%), con una media de edad de 46,97 años ($DT=9,103$), y rango entre los 26 y 74 años. De forma específica, 300 participantes provienen de España y 315 de otros países hispanohablantes de América, entre los que se encuentran: 18 de Argentina (2,9%), 3 de Bolivia (0,5%), 54 de Chile (8,8), 9 de Colombia (1,5%), 3 de Costa Rica (0,5%), 6 de Ecuador (1%), 186 de México (30,2%), 6 de Perú (1%), 18 de Puerto Rico (2,9%), 6 de Uruguay (1%), y 6 de Estados Unidos de América (1%). La media de edad de la muestra española era de 48,55 ($DT=8,494$) y la del resto de países de 45,46 ($DT=9,416$), con rangos de edad de 26-68 y 26-74, respectivamente. En la Tabla 5 se recogen las características de la muestra en función del grupo de procedencia. Se siguió un *muestreo no probabilístico por conveniencia* y todos los participantes cumplían los criterios de inclusión de: a) ser mayores de 18 años y, b) indicación expresa de tener diagnosticada la fibromialgia.

Tabla 5. Características sociodemográficas de las muestras de ES y HA.

	Total (N=615)	ES (N=300)	HA (N=315)
	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo			
Hombre	12 (2)	6 (2)	6 (1,9)
Mujer	603 (98)	294 (98)	306 (98)
Años diagnóstico FM			
0-1 año	93 (15,1)	42 (14)	51 (16,2)
1-3 años	81 (13,2)	33(11)	48 (15,2)
3 años o más	441 (71,7)	225 (75)	216 (68,6)
Nivel Educativo			
Sin estudios	0	0	0
Estudios Primarios	87 (14,1)	84(28)	3 (1)
Estudios Secundarios	81 (13,2)	30 (10)	51 (16,2)
Enseñanza Profesional	195 (31,7)	111 (37)	84 (26,7)
Estudios Universitarios	252 (41)	75 (25)	177 (56,2)
Nivel Socioeconómico			
Bajo	125 (20,3)	68 (22,7)	57 (18,1)
Medio	404 (65,7)	192 (64)	212 (67,3)
Alto	86 (14)	40(13,3)	46 (14,6)
Situación laboral			
Estudiante	6 (0,9)	0	6 (1,9)
Desempleado/a	81 (13,2)	54 (18)	27 (8,6)
En activo	345 (56,1)	168 (56)	177 (56,2)
Inactivo	180 (29,2)	75 (25)	105 (33,3)
No sabe/No contesta	3 (0,8)	3 (0,9)	0
	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Edad	46,97 (9,1)	48,55 (8,494)	45,46 (9,416)

Diseño e instrumento

Se trata de un estudio descriptivo, *ex post facto* y transversal (Montero y León, 2007) que exploró cuáles son las creencias y conocimientos acerca de los síntomas, causas y tratamiento de la propia FM en pacientes. La recogida de información se realizó a través de la *Encuesta de Creencias sobre Fibromialgia en Pacientes —ECFP—* (ANEXO B), desarrollada *ad hoc* por los autores. La encuesta se compone de dos partes. En la primera se incluyen cuestiones de carácter sociodemográfico, tales como sexo, edad, país de procedencia, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de estudios, situación laboral, tiempo desde el diagnóstico y otras enfermedades. La segunda parte, consta de tres preguntas en formato abierto y una en

formato cerrado con respuesta única diseñadas para recabar información sobre qué tipo de creencias existen acerca de las causas de su fibromialgia, qué tratamiento farmacológico y no farmacológico les resulta más efectivo en el alivio de sus síntomas, y qué síntomas se atribuyen a la enfermedad. Esta última cuestión está basada en los síntomas que se recogen en el Cuestionario de Percepción de Enfermedad (IPQ-R; Pacheco-Huergo et al., 2012). Se implementó a través de la plataforma de *formularios de Google* para ser administrado de manera *online*.

Procedimiento

Inicialmente se elaboró un borrador de la encuesta, que fue aplicado a tres pacientes con fibromialgia de una asociación de la localidad del investigador principal, con el propósito de detectar posibles erratas o imprecisiones de redacción. Una vez diseñada la versión de la encuesta definitiva e incluida como formulario *Google*, los investigadores contactaron con asociaciones y grupos de pacientes con fibromialgia pidiendo su colaboración en el estudio. Para la muestra española, se contactó con 146 asociaciones o grupos de pacientes incluidas en el listado de la SEFIFAC (<http://www.sefifac.es/listado-de-asociaciones-de-pacientes/>), de las cuales 68 aceptaron participar. Mientras tanto para la muestra de Hispanoamérica, se contactó con 24 asociaciones, federaciones o grupos de afectados, que fueron localizados a través de las redes sociales —*Facebook*, *Linked In*, *Instagram*— o *Google*, de las cuáles aceptaron participar 17. La tasa de respuesta fue del 50%. Tras la confirmación de participación, se les envió el enlace electrónico de la encuesta para su difusión entre asociados o miembros que cumplieran con los criterios de inclusión. Se recibió un total de 654 respuestas a la encuesta, incluyéndose finalmente en el análisis 615 debido a que algunas fueron enviadas en blanco o por participantes que no cumplieran con alguno de los criterios de inclusión. Todos los

participantes fueron informados debidamente acerca del estudio, de su carácter anónimo. Asimismo, todos firmaron un consentimiento informado que se incluía en la encuesta.

Categorización de las respuestas

Las respuestas a las cuestiones abiertas o en formato mixto fueron transformadas en variables nominales por parte de cada uno de los equipos de investigación. De esta forma, se crearon categorías para cada cuestión por parte de dos investigadores, tratando de recoger todo el espectro de respuestas dadas. Una vez creadas las categorías, dos investigadores asignaron de forma independiente las categorías establecidas a cada una de las respuestas de los participantes. El Coeficiente Kappa de Cohen entre jueces fue de 0,83.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la Junta de Andalucía (código de protocolo 0800-N-16). Todos los participantes fueron informados debidamente acerca del estudio y de su carácter anónimo. Asimismo, todos firmaron un consentimiento informado que se incluía en las encuestas.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para explorar las relaciones entre variables categóricas. Para las comparaciones de variables cuantitativas entre dos grupos (p. ej., edad, años de diagnóstico o años de experiencia), se utilizó la Prueba de U de Mann-Whitney.

Para este análisis y los descriptivos, se utilizó el paquete estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics para MacOS, versión 21.0). Asimismo, para la categorización, codificación y cálculo de fiabilidad interjueces de las respuestas abiertas o mixtas se utilizó el programa Microsoft Excel 2018 (versión 16.17).

4.3.Resultados

En primer lugar, se hallaron diferencias significativas entre algunas de las variables sociodemográficas. El «nivel educativo» resultó ser significativamente distinto entre grupos ($\chi^2= 125,591$; $p< 0,001$), siendo mayor la proporción de participantes de HA con estudios universitarios que los de ES (56,2% y 25%, respectivamente), de igual forma que con la «situación laboral» ($\chi^2=22,883$; $p< 0,001$), donde se encontró mayor proporción de desempleados en ES que en HA (18% y 8,6%, respectivamente). En cuanto a variables cuantitativas como la «edad», se hallaron diferencias con la Prueba de U de Mann-Whitney ($U=36636$; $p<0,001$), siendo mayor la media de edad en ES ($M=48,55$; $DT=8,484$) que en HA ($M=45,46$; $DT=9,416$).

En la Tabla 6 se muestran, comparando entre pacientes con FM de ES e HA, los resultados de los síntomas atribuidos a la fibromialgia, el tratamiento farmacológico y no farmacológico que encuentran eficaz para mitigar los síntomas, y la(s) causa(s) atribuida(s) a su enfermedad. Cabe mencionar que todos estos informes se indicaron de forma combinada junto a otro u otros síntomas, tratamientos o causas, de tal manera que los pacientes informaron entre 1 y 4 de éstos.

Como se observa en el análisis Chi-cuadrado, «dolor de garganta» fue atribuido en mayor proporción por pacientes de ES que de HA (59% y 48,6%, respectivamente; $\chi^2= 6,720$; $p< 0,05$), así como «sensación de ahogo» (67,7% y 56,2%, respectivamente; $\chi^2= 8,571$; $p< 0,01$), «irritación ocular» (75% y 62,9%, respectivamente; $\chi^2= 10,551$; $p< 0,01$), «pitos o silbidos en el pecho» (86% y 72,4%, respectivamente; $\chi^2= 17,194$; $p< 0,001$), «molestias estomacales» (61% y 52,4%, respectivamente; $\chi^2= 4,647$; $p< 0,05$), «mareos» (86% y 77,1%, respectivamente; $\chi^2= 7,983$; $p< 0,01$), y «pérdida de fuerza» (99% y 88,6%, respectivamente; $\chi^2= 28,136$; $p< 0,001$). El síntoma que tuvo la mayor frecuencia de mención en ambos grupos fue el «dolor», indicado por la totalidad de los participantes. También mencionar la frecuencia

de mención de «pitos o silbidos en el pecho» e «irritación ocular», que fueron mencionados por el 79% y 68,8% de la muestra total, respectivamente. El síntoma con menor frecuencia fue el de «pérdida de peso», sin encontrarse diferencias significativas entre grupos (14% en ES y 12,4% en HA; $\chi^2= 0,325$; $p= 0,553$)

Respecto a qué tratamiento farmacológico logra mitigar sus síntomas, para 135 (45%) participantes de la muestra de ES no existe ningún tipo de tratamiento farmacológico que logre mitigar sus síntomas, cifra que difiere de forma significativa de los 105 de la muestra de HA (33,3%; $\chi^2= 8,789$; $p< 0,01$). Para los que sí resulta útil la medicación, se encontraron diferencias significativas entre ES e HA respecto a «AINES» (12% y 24,8%, respectivamente; $\chi^2= 16,573$; $p< 0,001$), «corticosteroides» (1% y 4,8%, respectivamente; $\chi^2= 7,643$; $p< 0,01$), «opioides fuertes» (5% y 1%, respectivamente; $\chi^2= 8,861$; $p< 0,01$), «antidepresivos» (18% y 33,3%, respectivamente; $\chi^2= 18,846$; $p< 0,001$), «anticonvulsivantes» (10% y 31,4%, respectivamente; $\chi^2= 42,566$; $p< 0,001$), «miorelajantes» (15% y 2,9%, respectivamente; $\chi^2= 28,287$; $p< 0,001$), «ansiolíticos» (5% y 10,5%, respectivamente; $\chi^2= 6,404$; $p< 0,05$), y «otras drogas» (2% y 5,7%, respectivamente; $\chi^2= 5,653$; $p< 0,05$). Asimismo, de todos los participantes del estudio para los que la medicación sí resultaba útil, 330 (88%) indicaron tomar entre 1 y 3 medicamentos de distinta clase farmacológica.

En cuanto a qué tratamiento no farmacológico logra mitigar, bajo su experiencia, los síntomas de su enfermedad, para 144 participantes de ES (48%) y 75 de HA (23,8%) «no hay nada que resulte útil», siendo estas diferencias significativas ($\chi^2= 39,215$; $p< 0,001$). El resto de participantes para los que sí se encuentra mejoría con distintos tratamientos no farmacológicos, se encontraron diferencias significativas entre ES y HA en: «tratamiento psicológico» (2% y 0%, respectivamente; $\chi^2= 6,362$; $p< 0,05$), «dieta» (2% y 5,7%, respectivamente; $\chi^2= 5,653$; $p< 0,05$), «ejercicio» (6% y 15,2%, respectivamente; $\chi^2= 13,688$; $p< 0,001$), «complementos alimenticios» (6% y 21,9%, respectivamente; $\chi^2= 32,004$; $p<$

0,001), y «pseudoterapias o pseudotécnicas» (5% y 18,1%, respectivamente; $\chi^2 = 25,492$; $p < 0,001$).

En la/s causa/s atribuida/s a su fibromialgia, destacan por frecuencia de mención en ambos grupos el «estrés», mencionado por el 26% de ES y el 31,1% de HA, respectivamente ($\chi^2 = 8,811$; $p < 0,01$), seguido del factor «hereditario o genético», mencionado por el 10% y 10,5% del primero y segundo, respectivamente, y sin encontrarse diferencias significativas ($\chi^2 = 0,038$; $p = 0,846$). Otros factores en los que sí se encontraron diferencias significativas fueron «traumas psicológicos», mencionado por el 6% y 12,4% de ES y HA, respectivamente ($\chi^2 = 7,440$; $p < 0,01$); y «problemas emocionales», indicado por el 2% y 7,6% ($\chi^2 = 10,456$; $p < 0,01$). También es de recibo señalar otros factores mencionados, como son: «alteración en el Sistema Nervioso Central» (5% en ES y 4,8% en HA; $\chi^2 = 0,019$; $p = 0,891$); «traumas físicos, accidentes o lesiones» (3% en ES y 4,8% en HA; $\chi^2 = 1,272$; $p = 0,259$); «exposición química» (1% en ES y 1,9% en HA; $\chi^2 = 0,872$; $p = 0,350$); y «estilo de vida» (no mencionado en ES y 1% en HA; $\chi^2 = 2,871$; $p = 0,09$).

Tabla 6. Comparativa de algunas creencias en FM entre grupos de regiones.

	Total (N=615)	España (N=300)	Hispanoamérica (N=315)	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>Síntomas</i>				
Dolor	615 (100)	300 (100)	315 (100)	ns
Fatiga	603 (98)	294 (98)	309 (98,1)	ns
Dificultades para dormir	597 (97,1)	291 (97)	306 (97,1)	ns
Pérdida de fuerza	576 (93,7)	297 (99)	279 (88,6)	28,136***
Articulaciones rígidas	570 (92,7)	282 (94)	288 (91,4)	ns
Dolor de cabeza	564 (91,7)	273 (91)	291 (92,4)	ns
Mareos	501 (81,5)	258 (86)	243 (77,1)	7,983**
Pitos o silbidos en el pecho	486 (79)	258 (86)	228 (72,4)	17,194***
Irritación ocular	423 (68,8)	225 (75)	198 (62,9)	10,551**
Sensación de ahogo	380 (61,8)	203 (67,7)	177 (56,2)	8,571**
Molestias estomacales	348 (56,6)	183 (61)	165 (52,4)	4,647*
Náuseas	335 (54,5)	170 (56,7)	165 (52,4)	ns
Dolor de garganta	330 (53,7)	177(59)	153 (48,6)	6,720*
Pérdida de peso	81 (13,2)	42 (14)	39 (12,4)	ns

<i>Tratamiento farmacológico</i>				
Ninguno	240 (39)	135 (45)	105 (33,3)	8,789**
Opioides débiles	180 (29,3)	90 (30)	90 (28,6)	ns
Antidepresivos	159 (25,9)	54 (18)	105(33,3)	18,846***
Anticonvulsivantes	129 (21)	30 (10)	99 (31,4)	42,566***
AINES	114 (18,5)	36 (12)	78 (24,8)	16,573 ***
Analgésicos no opioides	36 (11,4)	30 (10)	36 (11,4)	ns
Miorrelajantes	54 (8,8)	45 (15)	9 (2,9)	28,287***
Ansiolíticos	48 (7,8)	15 (5)	33 (10,5)	6,404*
Otras drogas (cannabis)	24 (3,9)	6 (2)	18 (5,7)	5,653*
Corticosteroides	18 (2,9)	3(1)	15 (4,8)	7,643**
Opioides fuertes	18 (2,9)	15 (5)	3 (1)	8,861**
<i>Tratamiento no farmacológico</i>				
Ninguno	219 (35,6)	144 (48)	75 (23,8)	39,215***
Complementos alimenticios	87 (14,1)	18 (6)	69 (21,9)	32,004***
Sueño o descanso	78 (12,7)	30 (10)	48 (15,2)	ns
Relajación o meditación	72 (11,7)	30 (10)	42 (13,3)	ns
Pseudoterapias o pseudotécnicas	72 (11,7)	15 (5)	57 (18,1)	25,492***
Ejercicio	66 (10,7)	18 (6)	48 (15,2)	13,688***
Terapia manual	51 (8,3)	27 (9)	24 (7,6)	ns
Dieta	24 (3,9)	6 (2)	18 (5,7)	5,653*
Tratamiento psicológico	6 (1)	6 (2)	0	6,362*
<i>Causas de su fibromialgia</i>				
Desconocida	216 (35,1)	129 (43)	87 (27,6)	15,953***
Estrés	195 (31,7)	78 (26)	117 (31,1)	8,811**
Herencia o genética	63 (10,2)	30 (10)	33 (10,5)	ns
Traumas psicológicos	57 (9,3)	18 (6)	39 (12,4)	7,440**
Problemas emocionales	30 (4,9)	6 (2)	24 (7,6)	10,456**
Alteración SNC	30 (4,9)	15 (5)	15 (4,8)	ns
Traumas, accidentes o lesiones	24 (3,9)	9 (3)	15 (4,8)	ns
Otras enfermedades	21 (3,4)	12 (4)	9 (2,9)	ns
Inmunoneuroendocrina	15 (2,4)	3 (1)	12 (3,8)	5,097*
Infecciones	15 (2,4)	9 (3)	6 (1,9)	ns
Sobrecarga física	15 (2,4)	6 (2)	9 (2,9)	ns
Personalidad	12 (2)	6 (2)	6 (1,9)	ns
Exposición química	9 (1,5)	3 (1)	6 (1,9)	ns
Factores biopsicosociales no especificados	6 (1)	3 (1)	3 (1)	ns
Estilo de vida	3 (0,5)	0	3 (1)	ns
Factores psicosociales no especificados	3 (0,5)	3 (1)	0	ns

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Valores expresados como frecuencias de mención; valores de p calculados con prueba Chi-cuadrado. Todos los participantes mencionaron entre 1 y 4 síntomas, tratamientos o causas.

4.4. Discusión

Como es sabido, en muchas ocasiones la FM se usa como diagnóstico de exclusión o «cajón de sastre» en el que se incluyen multitud de quejas somáticas no relacionadas con la FM (Wolfe y Walitt, 2013), por lo que puede condicionar la percepción del paciente acerca de su enfermedad. En este Estudio 2 se han encontrado atribuciones de falsos síntomas —no

descritos en los criterios diagnóstico (Wolfe et al., 2016)—, como los «pitos o silbidos en el pecho», la «irritación ocular» o el «dolor de garganta», mencionados por una elevada proporción de los pacientes. Estos hallazgos coinciden con los de Stuifbergen et al. (2006), Van Wilgen et al. (2008), Van Ittersum et al. (2009), y Glattacker et al. (2010), salvo en los del síntoma de «pérdida de peso», que en nuestro estudio fue indicado en una proporción mínima. En cuanto a su comparación cultural, todos estos falsos síntomas, así como el síntoma de fatiga, se indicaron en proporciones significativamente mayores en la muestra de España. Este hallazgo podría reflejar posibles diferencias culturales respecto a la concepción de la enfermedad e impacto, como ya se vio en anteriores estudios (Clark et al., 2013; Kuppens et al., 2016; Ruiz-Montero et al., 2015). En el estudio de Ruiz-Montero donde se encontró que los pacientes de España mostraban percepciones más negativas o catastrofistas de la enfermedad, y mayor severidad de síntomas en comparación con los de Países Bajos. Así, la mayor atribución de síntomas, signos o sensaciones a la enfermedad en la muestra española podría relacionarse con una concepción más catastrofista de la enfermedad.

Respecto a qué tratamiento farmacológico logra mitigar sus síntomas, en torno al 40% de todos los participantes indicó que «ningún tratamiento logra surtir efecto», siendo parcialmente coherente con lo que informan las guías de manejo de la FM (Fitzcharles et al., 2013; Häuser et al., 2009). Aquí también se encontraron diferencias culturales, siendo mayor la proporción de participantes de España que lo indicaron de tal modo, lo que también podría estar relacionado con la visión más catastrofista acerca de la enfermedad encontrada en otros estudios (Clark et al., 2013; Kuppens et al., 2016; Ruiz-Montero et al., 2015). Para aquellos participantes que indicaron que sí consiguen mitigar los síntomas con medicación, destacan por frecuencia de mención, los «opiáceos débiles», «antidepresivos», «anticonvulsivantes» y «AINES». Si bien, es consistente con lo que informan las guías de manejo, no es así en el caso de las «AINES», que son desaconsejadas para la FM ya que no es una enfermedad inflamatoria

o con alteraciones musculoesqueléticas sustanciales (Fitzcharles et al., 2013; Häuser et al., 2009). Este hallazgo podría explicarse bien, por un posible efecto placebo, como se ha visto en otros estudios (Chen et al., 2017), o bien, por que existan otras alteraciones musculoesqueléticas comórbidas a la FM, que sí resulten sensibles a esos tratamientos, pero que el paciente las asocie a la FM.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, también se refirió en mayor medida que «ningún tratamiento logra mitigar los síntomas», destacando en el grupo de ES, lo que podría interpretarse por una visión más catastrofista de la enfermedad. En aquellos para los que sí existen tratamientos eficaces, destaca la mención de «complementos alimenticios», siendo superior en HA, al igual que las «pseudoterapias o tratamientos alternativos» y el «ejercicio físico». Esto podría reflejar un estilo de afrontamiento menos catastrofista, o si se prefiere, un mayor *locus de control interno* respecto a la enfermedad. De hecho, respecto a las causas, un mayor número de participantes de HA indicaron el «estrés», los «traumas psicológicos» y «problemas emocionales» como causas de su enfermedad, lo que puede relacionarse con una visión más internalizante o controlable de la enfermedad.

Si bien, no pasemos por alto el reporte de los «complementos alimenticios», «pseudoterapias o tratamientos alternativos» que se desestiman por las guías de manejo principales, ya sea por carácter inocuo —como en el caso de la homeopatía— o por algún efecto colateral negativo (Fitzcharles et al., 2013; Häuser et al., 2009). Sin embargo, estos pacientes han informado de la eficacia de tales tratamientos, por lo que pueden estar funcionando por otras variables extrínsecas o placebo.

5. Estudio 3. Creencias y conocimientos en profesionales de la salud de distintos países: ¿existen diferencias culturales?

5.1. Introducción

Como ya se ha descrito en la introducción del Estudio 1, conviven distintas concepciones de la fibromialgia en el ámbito clínico. Sin embargo, la mayoría de los estudios disponibles en la literatura se centran en comparar entre distintas especialidades clínicas, y no exploran las posibles diferencias entre distintos países o regiones.

En el caso de la FM, no todos los países o regiones siguen las mismas guías de diagnóstico y manejo clínico (Marques, 2017). De hecho, las instituciones sanitarias públicas de los países industrializados suelen elaborar sus propias guías de manejo clínico (Clauw, 2014). Estas guías oficiales de diagnóstico y manejo se elaboran según la evidencia científica o por el consenso u opinión de distintos expertos (Casariego, Briones y Costa, 2012), existiendo en la práctica clínica multitud de guías de manejo que no coinciden en algunos casos en sus recomendaciones (Clauw, 2014). Un ejemplo de esto es la discordancia entre la APS —de América— y la EULAR —de Europa— que otorgan distinto grado de evidencia al tratamiento farmacológico, teniendo en la segunda mayor grado de evidencia. Además de esto, existen diferencias socioculturales entre los distintos países, teniendo cada uno sus creencias acerca de la salud y enfermedad en particular (Marques, 2017). Un caso ejemplar es el de China, en el que las terapias alternativas y complementarias se incluyen como opciones de tratamiento en algunas guías de manejo clínico (Ren et al., 2015).

Dentro de este contexto es fácil pensar que puedan existir diferencias entre los profesionales de la salud respecto a la conceptualización que vierten sobre la FM. Uno de los pocos estudios que exploró esta cuestión fue el de Clark et al. (2013), en el que médicos de países latinoamericanos consideraron en mayor medida como más característicos de la FM los

síntomas de ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de concentración y rigidez que los de países europeos.

El objetivo de este tercer estudio corresponde, que corresponde con el quinto de los objetivos específicos, fue el de analizar las posibles diferencias en creencias y conocimientos respecto a la fibromialgia entre los médicos de los cinco continentes.

5.2. Método

Participantes

En este estudio participaron un total de 284 médicos de los distintos continentes del mundo —47 países—. Los criterios de inclusión fueron: a) ser mayor de 18 años, y b) declarar estar en posesión de un título académico en Medicina y Cirugía, o el análogo correspondiente de cada país. Para su selección se siguió un *muestreo no probabilístico accidental o bola de nieve*.

En cuanto a la distribución de la muestra según continente, y las características sociodemográficas, se muestran a continuación:

- a) África, con 16 participantes (5,63%) con una media de edad de 37 años ($DT=2,09$) y una media de 10,25 años de experiencia ($DT=2,01$), de los países de Benín, Burkina Faso, República Democrática del Congo, Egipto, Etiopía, Ghana, Kenia, Madagascar, Mali y Sudáfrica;
- b) Asia, con 81 participantes (28,52%) con una media de edad de 36,08 años ($DT=1,23$) y una media de 11,89 años de experiencia ($DT=1,34$), de los países de Bangladesh, China, India, Indonesia, Irak, Irán, Kazajistán, Nepal, Arabia Saudí y Turquía,
- c) Europa, con 104 participantes (36,62%) con una media de edad de 45,49 ($DT=1,33$) y una media de 17,98 años de experiencia ($DT=1,22$), de los países de Inglaterra,

Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Moldavia, Noruega, Rumanía, Rusia, Serbia, España y Países Bajos;

d) América, con 79 participantes (27,81%) con una media de edad de 41,63 ($DT=1,22$) y una media de 16,24 años de experiencia ($DT=1,2$), de los países de Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Méjico, Paraguay, Estados Unidos de América y Venezuela; y

e) Oceanía, con 4 participantes (1,4%) con una media de edad de 42,25 años ($DT=3,35$) y una media de 13 años de experiencia ($DT=4,14$), de los países de Australia y Nueva Zelanda.

El resto de los datos sociodemográficos se encuentran en la Tabla 7.

Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes de cada continente.

	Total (N=284)	África (N=16)	Asia (N=81)	Europa (N=104)	América (N=79)	Oceanía (N=4)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Sexo						
Hombre	179(63)	13(81,3)	43(53,1)	57(54,8)	65(82,3)	1(25)
Mujer	105(37)	3(18,7)	38(46,9)	47(45,2)	14(17,7)	3(75)
Sector de trabajo						
Práctica pública	178(62,7)	10(62,5)	59(72,8)	63(60,5)	44(55,6)	2(50)
Práctica privada	58(20,4)	3(18,7)	9(11,1)	22(21,1)	22(27,8)	2(50)
Académico	34(12)	3(18,7)	8(9,8)	11(10,5)	12(15,1)	0
No especificado	14(4,9)	0	5(6,1)	8 (7,6)	1(1,2)	0
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Edad	40,68 (12,22)	37 (2,09)	36,08 (1,23)	45,49 (1,33)	41,63 (1,22)	42,25 (3,35)
Años experiencia	15,29 (11,56)	10,25 (2,016)	11,89 (1,34)	17,98 (1,22)	16,24 (1,2)	13 (4,14)

Diseño e instrumento

Se trata de un estudio descriptivo, *ex post facto* y transversal que exploró cuáles son las creencias y conocimientos acerca de los síntomas, causas y tratamiento de la FM en médicos de distintos países del mundo. Para ello se utilizó la *Encuesta de Creencias sobre la Fibromialgia en Médicos —ECFM—* (ANEXO C) desarrollada *ad hoc* por los autores. La

encuesta se compone de dos partes. En la primera se incluyen preguntas de carácter sociodemográfico —edad, sexo, nacionalidad, lugar de trabajo y años de experiencia—, y en la segunda, cinco preguntas abiertas sobre la fibromialgia —si conoce la fibromialgia, si es diagnosticada en su país, las manifestaciones clínicas, la(s) causa(s), y el tratamiento recomendado—. Se aplicó a través de la plataforma de *formularios de Google* para ser administrado de manera *online*.

Procedimiento

En primer lugar, se elaboró una carta de presentación o participación, una hoja de información al participante, un consentimiento informado y una encuesta, en inglés por parte de los investigadores principales —RU, PV, JD—, aplicándose inicialmente a dos médicos cercanos a los mismos con el propósito de enmendar posibles problemas de redacción o imprecisiones. Esta encuesta y anexos sirvieron de modelos madre para las futuras traducciones a otros idiomas. En segundo lugar, se elaboró un directorio de correos electrónicos, teléfonos, direcciones de contacto de médicos particulares, perfiles web personales —ResearchGate.org— y asociaciones o grupos de médicos con los que contactar. Así, se trató de recabar contactos de todos los países del mundo, disponiéndose de un total de 143 países distintos. Los tres investigadores principales del estudio enviaron un correo electrónico a cada una de esas direcciones pidiendo la colaboración en el estudio. En concreto, se les pedía: 1) traducir la versión de la encuesta madre, así como la carta de presentación, la hoja de información al participante y el consentimiento informado, al idioma oficial de su país —siempre y cuando, ese país no tuviera como idioma oficial el inglés, o ya se dispusiese de una traducción de la encuesta en ese idioma—, 2) difundir el formulario *Google* de la encuesta y su correspondiente documentación entre aquellos compañeros médicos de profesión que cumplieran con los criterios de inclusión, 3) que pidieran a sus compañeros difundir la encuesta

entre aquéllos que cumplieran con los criterios de inclusión, y 4) traducir al inglés las respuestas de los participantes al cuestionario. En total, se enviaron un total de 169 correos electrónicos, siendo la tasa de respuesta del 34,9%. Finalmente, se dispuso de una versión de la encuesta, con su correspondiente carta de presentación, hoja de información, y consentimiento informado, en catorce idiomas —español, ruso, francés, neerlandés, alemán, húngaro, árabe, italiano, chino, finlandés, portugués, noruego, polaco e inglés— (véase ANEXO C). Estas traducciones se incluyeron en distintos formularios de *Google*, a excepción de la versión en chino, que se administró en el portal de WenJuanXing (<https://www.wjx.cn/index.aspx>) debido a las restricciones de Google en China. Una vez recibidas las respuestas a la encuesta, se les envió a los colaboradores las respuestas recibidas para que fuesen traducidas al inglés —salvo las respuestas a la versión en español, que fueron traducidas al inglés por uno de los investigadores—, omitiendo datos sensibles, como la fecha y hora de respuesta, la edad, la ciudad, el sexo, el lugar de trabajo y los años de experiencia.

Categorización de las respuestas

Las respuestas a las cuestiones abiertas o en formato mixto fueron transformadas en variables nominales por parte de cada uno de los equipos de investigación. De esta forma, se crearon categorías para cada cuestión por parte de dos investigadores, tratando de recoger todo el espectro de respuestas dadas. Una vez creadas las categorías, tres investigadores asignaron de forma independiente las categorías establecidas a cada una de las respuestas de los participantes. El Coeficiente Kappa de Cohen entre jueces fue de 0,88.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación de la Junta de Andalucía (código de protocolo 0800-N-16). Todos los participantes fueron informados

debidamente acerca del estudio y de su carácter anónimo. Asimismo, todos firmaron un consentimiento informado que se incluía en las encuestas.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para explorar las relaciones entre variables categóricas. Para las comparaciones de variables cuantitativas (p. ej., edad, años de diagnóstico o años de experiencia) entre más de dos grupos, se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis.

Para este análisis y los descriptivos, se utilizó el paquete estadístico SPSS (IBM SPSS Statistics para MacOS, versión 21.0). Asimismo, para la categorización, codificación y cálculo de fiabilidad interjueces de las respuestas abiertas o mixtas se utilizó el programa Microsoft Excel 2018 (versión 16.17).

5.3. Resultados

Existen diferencias estadísticamente significativas entre continentes en las variables «sexo» ($\chi^2=23,777$; $p<0,001$), «edad» ($\chi^2=28,128$; $p<0,001$) y «años de experiencia» ($\chi^2=17,012$; $p<0,01$), estas dos últimas, calculadas mediante la prueba de Kruskal-Wallis. En la Tabla 8 se muestran las diferencias encontradas entre continentes en cuanto al «conocimiento de la FM» ($\chi^2=13,056$; $p<0,05$) y si «creen que se diagnostica en su país» ($\chi^2=39,554$; $p<0,001$). La proporción de participantes de África y Asia que conocen la FM (87,5% y 86,4%, respectivamente) es menor que la de otros continentes como Europa (94,2%). Asimismo, una proporción menor de participantes de África y Asia creen que la FM se diagnostica en sus países, con un 62,5% y 76,5%, respectivamente, frente al 91,3% de Europa o la totalidad en América.

Tabla 8. Conocimiento y diagnóstico de la FM comparado por continentes.

	Total (N=284)	África (N=16)	Asia (N=81)	Europa (N=104)	América (N=79)	Oceanía (N=4)	χ^2
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<i>¿Conoce la FM?</i>							
Sí	264(92,9)	14(87,5)	70(86,4)	97(94,2)	79(100)	4(100)	13,056*
No	20 (7)	2(12,5)	11(13,5)	7(6,7)	0	0	
<i>¿Se diagnostica la FM en su país?</i>							
Sí	250(88)	10(62,5)	62(76,5)	95(91,3)	79(100)	4(100)	39,554**
No	19(6,7)	5(31,3)	11(13,6)	3(2,9)	0	0	
Lo desconoce/ Sin respuesta	15(5,3)	1(6,3)	8(9,9)	6(5,8)	0	0	

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$. Valores expresados como frecuencias; valores de p calculados con prueba Chi-cuadrado.

En la Tabla 9 se recogen las creencias sobre las manifestaciones clínicas, las causas y el tratamiento. A estas tres cuestiones no respondieron 2 participantes de África, 11 de Asia y 7 de Europa, ya que fueron los que indicaron previamente no conocer la FM.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, destacan por frecuencia de mención el «dolor generalizado», mencionado por el 84,4% de todos los participantes. En frecuencia de mención le siguen la «fatiga» (29,1%), los «problemas de sueño o descanso» (27,3%), la «depresión» (18,9%) y los «puntos gatillo» (18,5%). Otras manifestaciones mencionadas en menor medida fueron los «problemas musculoesqueléticos» (5,3%), los «problemas inflamatorios o vasculares» (2,2%), la presencia de «signos físicos varios» (1,5%), las «convulsiones» (0,4%) y la «sensibilidad química» (0,4%). Referente a las comparaciones entre continentes, se encontraron diferencias significativas en los «problemas de sueño o descanso» ($\chi^2=13,941$; $p < 0,01$), la «depresión» ($\chi^2=12,158$; $p < 0,05$) y los «puntos gatillo» ($\chi^2=13,316$; $p < 0,05$). Los «problemas de sueño o descanso» se mencionaron por el 7,1% de los participantes de África y ninguno de Oceanía, que contrasta con el 41,8% de los de América. La «depresión» se mencionó por el 8,6% de Asia y no se mencionó en África, en comparación con el 25% de Oceanía o el 26,6% de América.

Respecto a las creencias sobre la causa o causas de la FM, destacan por frecuencia de mención los «problemas psicológicos o del comportamiento», mencionados por el 32,2% de

toda la muestra. Le siguen «se desconoce» (20,1%), la «alteración en el SNC» (17,4%), la «genética» (11,7%), el «estrés o preocupaciones» (10,6%) y los «traumas físicos, accidentes o lesiones» (9,8%). Entre grupos de continentes se encontraron diferencias en la «alteración en el SNC» ($\chi^2=10,031$; $p<0,05$), citada en menor medida por África y Asia (0% y 8,6%, respectivamente) que en el resto de los países; así como en los «traumas físicos, accidentes o lesiones» ($\chi^2=15,157$; $p<0,01$), citándose en mayor medida en Asia (21,4%) que en el resto de los continentes.

Finalmente, en lo que respecta a los «tratamientos recomendados», destaca el tratamiento «farmacológico», mencionado por el 73,5% de todos los participantes, seguido del «ejercicio» (31,1%), la «terapia física» (22,72%), el tratamiento «psicológico» (17,8%), la «educación sobre la enfermedad y estilo de vida» (16,3%) y los «tratamientos alternativos o complementarios» (16,3%). Asimismo, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de mención del ejercicio, que se citó en menor medida en África y Asia (14,3% y 15,6%, respectivamente).

Tabla 9. Creencias sobre manifestaciones, causas y tratamiento comparado por continentes.

	Total (N=264)	África (N=14)	Asia (N=70)	Europa (N=97)	América (N=79)	Oceanía (N=4)	χ^2
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
<i>Manifestaciones clínicas</i>							
Dolor generalizado	223(84,4)	13(92,9)	59(84,3)	79(81,4)	68(86,1)	4(100)	ns
Fatiga	77(29,1)	3(21,4)	18(25,7)	31(32)	23(29,1)	2(50)	ns
Problemas de sueño o descanso	73(27,3)	1(7,1)	17(24,3)	22(22,7)	33(41,8)	0	13,941**
Depresión	50(18,9)	0	6(8,6)	22(22,7)	21(26,6)	1(25)	12,158*
Puntos gatillo	49(18,5)	0	11(15,7)	22(22,7)	13(16,5)	3(75)	13,316*
Ansiedad	24(9,1)	1(7,1)	3(4,3)	10(10,3)	10(12,7)	0	ns
Ausencia de hallazgos físicos	24(9,1)	1(7,1)	5(7,1)	12(12,5)	5(6,3)	1(25)	ns
Problemas cognitivos	20(7,5)	0	6(8,6)	7(7,2)	7(8,9)	0	ns
Hipersensibilidad generalizada	19(7,2)	1(7,1)	2(2,9)	9(9,3)	7(8,9)	0	ns
Rigidez	16(6)	1(7,1)	6(8,6)	5(5,2)	4(5,1)	0	ns
Problemas musculoesqueléticos	14(5,3)	0	3(4,3)	6(6,2)	5(6,3)	0	ns
Problemas gastrointestinales	12(4,5)	0	2(2,9)	6(6,2)	4(5,1)	0	ns
Problemas psicosociales varios	10(3,7)	0	1(1,4)	5(5,2)	4(5,1)	0	ns
Dolor de cabeza	6(2,2)	0	1(1,4)	4(4,1)	1(1,3)	0	ns
Problemas inflamatorios o vasculares	6(2,2)	0	2(2,9)	2(2,2)	2(2,5)	0	ns
Parestesias	6(2,2)	0	2(2,9)	2(2,1)	2(2,5)	0	ns
Signos físicos varios †	4(1,5)	0	2(2,9)	2(2,1)	0	0	ns
Acúfenos	1(0,4)	0	0	1(1)	0	0	ns
Convulsiones	1(0,4)	0	0	1(1)	0	0	ns
Problemas visuales	1(0,4)	0	1(1,4)	0	0	0	ns
Sensibilidad química	1(0,4)	0	1(1,4)	0	0	0	ns
<i>Causas</i>							
Problemas psicológicos o del comportamiento	85(32,2)	4(28,6)	23(32,9)	29(29,9)	29(36,7)	3(75)	ns
Se desconoce	53(20,1)	3(21,4)	7(10)	25(25,8)	17(21,5)	1(25)	ns
Alteraciones en SNC	46(17,4)	0	6(8,6)	23(23,7)	16(20,3)	1(25)	10,031*
Genética	31(11,7)	2(14,3)	13(18,6)	8(8,2)	8(10,1)	0	ns
Estrés o preocupaciones	28(10,6)	1(7,1)	8(11,4)	11(11,3)	8(10,1)	0	ns
Traumas físicos, accidentes o lesiones	26(9,8)	1(7,1)	15(21,4)	4(4,1)	6(7,6)	0	15,157**
Otras enfermedades reumáticas	18(6,8)	0	7(10)	3(3,8)	7(8,9)	1(25)	ns
Alteraciones inmunológicas	18(6,8)	1(7,1)	8(11,4)	4(4,1)	5(6,3)	0	ns
Problemas endocrinos	10(3,7)	0	1(1,4)	7(7,2)	2(2,5)	0	ns
Gérmenes o virus	9(3,4)	1(7,1)	3(4,3)	1(1)	3(3,8)	1(25)	ns
Exceso de trabajo	9(3,4)	1(7,1)	5(7,1)	3(3,8)	0	0	ns
Problemas de sueño	7(2,65)	1(7,1)	4(5,7)	0	2(2,5)	0	ns
Sedentarismo	5(1,9)	0	1(1,4)	1(1)	3(3,8)	0	ns
Malos hábitos alimenticios	2(0,8)	1(7,1)	1(1,4)	0	0	0	ns
Factores ambientales	2(0,8)	1(7,1)	0	1(1)	0	0	ns
Efectos secundarios de la medicación	2(0,8)	1(7,1)	1(1,4)	0	0	0	ns
Factores psicosociales	2(0,8)	0	1(1,4)	0	1(1,3)	0	ns
Sobrepeso	1(0,4)	0	0	1(1)	0	0	ns
Sexo femenino	1(0,4)	0	0	0	1(1,3)	0	ns
<i>Tratamientos recomendados</i>							
Farmacológico	194(73,5)	12(85,7)	43(61,4)	76(78,4)	59(74,7)	4(100)	ns
Ejercicio	82(31,1)	2(14,3)	11(15,7)	32(33)	34(43)	3(75)	18,606**
Terapia física	60(22,72)	1(7,1)	15(21,4)	26(26,8)	17(21,5)	1(25)	ns
Psicológico	47(17,8)	3(21,4)	8(11,4)	21(21,6)	14(17,7)	1(25)	ns
Educación sobre la enfermedad y estilo de vida	43(16,3)	4(28,6)	15(21,4)	14(14,4)	9(11,4)	1(25)	ns
Tratamientos alternativos o complementarios	43(16,3)	1(7,1)	16(22,9)	11(11,3)	15(19)	0	ns

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$. Valores expresados como frecuencias de mención; valores de p calculados con prueba Chi-cuadrado. Todos los participantes mencionaron entre 1 y 4 manifestaciones, causas o tratamientos. Respecto a cada una de las muestras, no respondieron a estas tres preguntas: 2 participantes de África, 11 participantes de Asia y 7 participantes de Europa. †Signos físicos varios (biomarcadores sanguíneos, pruebas radiológicas o de resonancia, o signos flogísticos).

5.4. *Discusión*

La FM es una enfermedad que se diagnostica a nivel global y en países de distinto nivel de industrialización (Queiroz, 2013). Como hemos visto en este Estudio 3, la mayoría de los participantes conocen la FM. Si bien, existen diferencias significativas entre continentes en cuanto al conocimiento de la entidad y la creencia sobre su uso en el propio país, lo que podría reflejar posibles diferencias en prevalencia de la entidad.

En cuanto al conocimiento de sus manifestaciones clínicas, los síntomas más citados corresponden con los criterios actualizados del ACR (Wolfe et al., 2016), lo que demuestra un buen conocimiento general sobre los principales síntomas de la FM, siendo algo más profundo en los continentes más industrializados, ya que síntomas como los de «depresión» o «problemas de sueño y descanso» se citaron en menor medida en África y Asia. Respecto a creencias sobre falsos síntomas destaca la mención en una proporción relativamente elevada —sobre todo, en países occidentales— de los «puntos gatillo», los cuales ya no se consideran en los nuevos criterios diagnósticos (Wolfe et al., 2016). Otros falsos síntomas que se mencionaron en una proporción mínima fueron los «problemas musculoesqueléticos», «signos físicos varios», «acúfenos», «convulsiones», «sensibilidad química» y «problemas inflamatorios o vasculares», lo que puede significar una consideración, aunque mínima, de diagnóstico de exclusión en el que se incluyan quejas o síntomas no relacionados (Wolfe y Walitt, 2013). Cabe recordar la neurastenia de George M. Beard (1889), en la que se llegaron a catalogar hasta 80 síntomas —muchos de los cuales, se han citado por nuestros participantes—, convirtiéndose en un diagnóstico poco preciso.

Asimismo, la mayoría de los participantes mencionaron causas relacionadas con lo comportamental o lo psicológico. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Ghazan-Shahi et al. (2012) y Pastor et al. (2012), conceptuándose la FM como una condición psicógena o psicosocial. Otra de las causas que se mencionó en una proporción elevada es la de

«alteraciones en el SNC», aunque significativamente en menor medida en Asia y África. Estos hallazgos nos hacen pensar que es posible que los últimos postulados etiopatológicos de la FM relacionados con la SC no sean tan conocidos o aceptados en estas regiones. Es probable que no en todos los países exista el mismo conocimiento o acceso a las guías de manejo y conocimiento de la FM (Marques, 2017). También es de recibo destacar la elevada mención de los «traumas físicos, accidentes o lesiones» en Asia, lo que puede sugerir que exista una concepción de la FM con entidad musculoesquelética.

Aunque se mencionó en mayor medida las causas relacionadas con lo psicológico, esto no corresponde con la mención de tratamientos psicológicos. De hecho, esta modalidad de tratamiento fue mencionada casi en la misma proporción que los «tratamientos complementarios o alternativos», cuyo uso se desaconseja puesto que su evidencia está aún por constatar (Fitzcharles et al., 2013). Estos hallazgos pueden sugerirnos la existencia de otras creencias de base, en las que se conceptúen los problemas psicológicos desde una perspectiva biomédica. Asimismo, la modalidad de tratamiento que más veces se mencionó fue la de los tratamientos farmacológicos, no resultando coherente con lo sostenido por las principales guías de manejo, en el que el tratamiento farmacológico ha de tomar un papel más secundario o puntual (Arnold y Clauw, 2017).

CAPÍTULO 4. Limitaciones, recomendaciones futuras y conclusiones

1. Limitaciones

Respecto a las limitaciones de la parte empírica de esta tesis, los resultados aquí aportados han de ser interpretados con cautela, dadas las limitaciones metodológicas y el carácter descriptivo o correlacional de los mismos.

La primera de las limitaciones se encuentra en el tipo de muestreo seguido. En todos los estudios se realizó un muestreo no probabilístico —discrecional o tipo «bola de nieve»

debido a las dificultades de acceso a la población o a la falta de disposición en su colaboración. En el Estudio 1, se encontraron algunas dificultades en cuanto a la obtención del correspondiente permiso de algunos responsables de UGCs o centros de salud, aludiendo distintas razones, entre las que se encontraron la falta de tiempo de los facultativos para rellenar y enviar el cuestionario cumplimentado. Asimismo, las tasas de respuesta del *Estudio 1* y *Estudio 3*, resultaron ser bajas (48,8% y 34,9%, respectivamente). En el *Estudio 1*, destaca la baja tasa de respuesta en Atención Primaria, donde se devolvió el 43,97% de los cuestionarios entregados, contrastando con el 75% de Reumatología. Esta variabilidad en la disposición a responder a un cuestionario de estas características podría deberse a distintas razones, entre las que podrían estar ciertos prejuicios o desinterés de base hacia la entidad. Mientras tanto, aunque la tasa de respuesta del *Estudio 2* fue algo más alta (50%), se observó mayor disposición a participar en países de Hispanoamérica (70,83%). Es quizás el menor nivel educativo encontrado en los participantes de España lo que podría haber influido en la baja tasa de respuesta a la encuesta que, por su formato *online*, requiere de cierto conocimiento en el manejo de las nuevas tecnologías.

Además de la limitación derivada del muestreo, otra limitación que dificulta la representatividad de los es el tamaño muestral reducido, sobre todo del Estudio 1 y Estudio 3. También cabe indicar la desproporción en el tamaño muestral de cada uno de los grupos del Estudio 3. Si bien, el tamaño de los grupos de Asia, América y Europa es similar, no lo es de la misma manera en el caso de Oceanía y África, lo que hace aún más difícil generalizar los resultados.

También puede resultar una limitación comparar entre regiones de países tan amplias. En el Estudio 2, como cabe recordar, se compara entre los grupos de pacientes de España e Hispanoamérica. Si bien, en el primero de ellos, los pacientes habitan en el mismo marco

sociopolítico, no es así en el segundo grupo, en el que los pacientes proceden de distintos países, cada uno con sus particularidades culturales.

Las características de los instrumentos utilizados en los estudios resultan otra limitación. Aunque las cuestiones en formato abierto aportan *a priori* más información que otro tipo de formatos, la principal dificultad que entraña es la categorización de las respuestas. Al elaborarse en algunos casos categorías más generales (p. ej., la categoría de causas relacionadas con «problemas psicológicos o del comportamiento» del Estudio 3), se pierde información cualitativa que ayuda a comprender la concepción de los participantes. Otra limitación de este formato es que algunos participantes dan respuestas poco precisas o difíciles de ubicar. Por otra parte, las encuestas del Estudio 1 y Estudio 2 se aplicaron en soporte virtual u *online*, por lo que existe un sesgo en la selección de aquellos participantes que manejan correctamente las nuevas tecnologías, de ahí que la media de edad de los participantes del Estudio 2 ($M=44,8$; $DT=12,524$) sea menor que los del Estudio 1 ($M=40,68$, $DT=12,22$).

2. Recomendaciones futuras y aportaciones

Para próximos estudios se recomienda usar métodos de muestreo probabilísticos de toda la población española con tamaños muestrales más representativos. También sería interesante ahondar en otras creencias o actitudes a la base que puedan estar condicionando las respuestas al cuestionario —p. ej., creencias sobre la salud y la enfermedad, sobre el dolor y su abordaje médico, la consideración de la discapacidad en el rol de enfermo, etc.). Para ello, el formato entrevista sería aconsejable, así como preguntas más específicas para ahondar en la concepción que vierten sobre el fenómeno. Asimismo, resultaría idóneo utilizar otros métodos de muestreo que garanticen la representatividad de la muestra, así como acceder a un mayor número de participantes.

Las principales aportaciones de esta tesis pueden ser varias. Por un lado, se ha aportado información acerca de un tópico poco estudiado entre los profesionales de la salud o médicos —sobre todo, en nuestro país—, como es la concepción que hacen sobre la fibromialgia. Una de las utilidades de estos hallazgos reside en la aportación de información acerca de las posibles discordancias entre el contexto científico y el clínico. Estas discordancias podrían indicar que un problema a la base en la delimitación nosológica o conceptual de la enfermedad podría afectar negativamente al uso del diagnóstico en la clínica, pudiendo ser de utilidad de cara a plantear una mejora o reformulación de los procedimientos diagnóstico y manejo clínico. Además, al conocerse cuáles son las creencias y conocimientos de los profesionales se pueden elaborar mejores programas de actualización de los conocimientos y habilidades en el manejo o diagnóstico de la fibromialgia. Por otro lado, esta tesis aporta información novedosa acerca de su concepción a nivel mundial, con las posibles diferencias entre países o regiones. Esto podría indicarnos la existencia de distintos usos del diagnóstico en la clínica, lo que podría materializarse en diferencias fenomenológicas y epidemiológicas de la enfermedad.

Finalmente, aunque no corresponda con el objetivo principal de esta tesis, otra aportación relevante se puede encontrar en la parte teórica del manuscrito, donde se realizó una descripción histórica de las sucesivas delimitaciones nosológicas de las manifestaciones clínicas hoy día entendidas como fibromialgia, así como los problemas conceptuales y clínicos derivados.

3. Conclusiones

Los síntomas propios de la fibromialgia han sido conceptuados y clasificados de distintas formas a lo largo de la historia. Desde disciplinas tales como la Reumatología o Medicina Interna, estos síntomas fueron conceptuados de naturaleza inflamatoria —fibrositis— para posteriormente conceptuarse como una disfunción inmunoneuroendocrina —

fibromialgia—. Sin embargo, las características emocionales de esta población siempre han puesto en tela de juicio las sucesivas aproximaciones —fundamentalmente biomédicas—. Por esta razón, desde otras disciplinas el fenómeno se ha conceptualizado como una forma de «neurosis», esto es, como histeria, neurastenia o, más recientemente, como un trastorno somatomorfo o de síntomas somáticos. La consecuencia de todo esto se traduce en una delimitación nosológica y conceptual dudosa, que a su vez facilita un mal uso del diagnóstico en la clínica, la propagación de pacientes y un manejo clínico inadecuado. Por esta razón resultó relevante en esta tesis conocer cuál es la conceptualización de la fibromialgia vertida desde el contexto clínico —entre profesionales de la salud y pacientes—.

Las conclusiones específicas de esta tesis son las siguientes:

- 1) La mayor parte de los profesionales de España la conceptualizaron como entidad psicógena, siendo especialmente elevado en Atención Primaria y Medicina Interna.
- 2) Los médicos de Atención Primaria de España, en su mayoría, no consideraron positivo la valoración de discapacidad en estos pacientes y no creen fundamental su diagnóstico debido a la mala delimitación conceptual de la fibromialgia y al estigma que genera la etiqueta.
- 3) Los médicos de Atención Primaria de España, en su mayoría, se consideraron como los especialistas que han de llevar el peso principal en el abordaje de los casos. De igual forma, los reumatólogos se consideraron a sí mismo como los responsables principales.
- 4) Los profesionales de la salud de España mostraron en general buenos conocimientos respecto a los síntomas recogidos en los criterios diagnósticos de la fibromialgia, siendo más profundos en reumatólogos. La mayor parte de ellos creen que la mejor combinación de tratamiento es aquél que abarque el componente farmacológico, físico y psicológico-educativo.

5) Una proporción elevada de pacientes atribuyeron falsos síntomas —p ej., pitos o silbidos en el pecho, irritación ocular o dolor de garganta— a la fibromialgia, siendo especialmente significativo en los pacientes de España.

6) La mayor parte de los pacientes consideraron cualquier tipo de tratamiento como inefectivo, destacando la proporción de pacientes de España.

7) Una proporción elevada de pacientes percibieron como eficaces algunos tratamientos sin evidencia científica para la fibromialgia, como los AINES, los complementos alimenticios, o algunas terapias complementarias o alternativas.

8) La mayoría de los pacientes atribuyeron a su fibromialgia causas de tipo psicológico, relacionadas con el estrés, los traumas psicológicos o problemas emocionales, siendo especialmente significativo en la muestra de Hispanoamérica.

9) Los médicos de todos los países mostraron buenos conocimientos respecto a la sintomatología, destacando en los continentes más industrializados, como Europa, América y Oceanía. Sin embargo, respecto a los falsos síntomas y signos, una proporción elevada de participantes consideró los puntos gatillo como propios de la fibromialgia.

10) La mayor parte de los médicos de todos los países consideraron las causas relacionadas con lo psicológico como origen de la fibromialgia. Otra de las causas atribuidas en una proporción elevada fue la de las alteraciones en el SNC, aunque en menor medida en los continentes de África y Asia.

11) Los médicos de todos los países consideraron en mayor medida una intervención de tipo farmacológica, siendo la intervención psicológica mencionada en una frecuencia similar a terapias alternativas o complementarias.

Como conclusión general, tanto los profesionales de la salud como los pacientes atribuyen la fibromialgia a causas psicológicas, existiendo una discordancia entre el contexto clínico y el científico. Si bien los profesionales tienen buenos conocimientos acerca de la

enfermedad, resultan más profundos en especialidades como la Reumatología, y en aquellos continentes más industrializados. Asimismo, se atribuyen falsos síntomas a la fibromialgia, aunque resulta más destacado entre los pacientes. En cuanto al manejo clínico, los profesionales creen en un tratamiento multicomponente, destacando el componente farmacológico.

4. Conclusions

The fibromyalgia symptoms have been conceptualized and classified in different ways throughout history. From disciplines such as Rheumatology or Internal Medicine, these symptoms have been conceptualized as having an inflammatory nature —fibrositis— and afterward as an immunoneuroendocrine disease —fibromyalgia—. However, the emotional characteristics of this population have always questioned the progressive biomedical approaches. For that reason, the phenomenon has been conceptualized as a form of "neurosis" from other disciplines, that is, as hysteria, neurasthenia or a somatoform disorder. The consequence of this controversy has been translated into a contested nosological and conceptual delimitation, which in turn facilitates a misuse of the clinical diagnosis, the spread of patients, and inadequate clinical management. Following this rationale, the main objective of this dissertation was to study the conceptualization of fibromyalgia from the clinical context —among healthcare providers and patients—.

Overall, the specific conclusions of this investigation are:

- 1) Most of the healthcare providers from Spain conceptualize fibromyalgia as a psychogenic entity, particularly in Primary Care and Internal Medicine.
- 2) The majority of the primary care physicians from Spain do not consider the assessment of disability in these patients to be positive and do not believe that their diagnosis

is fundamental, due to the poor conceptual fibromyalgia delimitation and the diagnostic label stigma.

3) Most of the primary care physicians from Spain considered themselves as the leading specialist to manage fibromyalgia. Likewise, rheumatologists consider themselves as the main responsible.

4) Healthcare providers from Spain show good awareness of the diagnostic criteria of fibromyalgia, which is more profound among rheumatologists. The majority of the healthcare professionals believe that the best combination of treatment is one that encompasses the pharmacological, physical, and psychological-educational components.

5) A high proportion of patients attribute false symptoms —e.g., whistles or wheezing, eye irritation, or sore throat— to fibromyalgia, being especially significant among patients from Spain.

6) Most patients consider any treatment as ineffective, particularly in Spain.

7) A high percentage of patients perceive some treatments without scientific evidence for fibromyalgia, such as NSAIDs, food supplements, or some complementary or alternative therapies, as an effective treatment.

8) The majority of patients attribute psychological causes —related to stress, psychological traumas, or emotional problems— to their fibromyalgia, being especially significant in the Latin American sample.

9) Most physicians from all countries show a good knowledge of symptomatology, standing out in the most industrialized continents, such as Europe, America, and Oceania. However, regarding the false symptoms and signs, many participants consider the trigger points as a characteristic of fibromyalgia.

10) Physicians from all countries consider indicated the origin of fibromyalgia in psychological factors. Alteration of CNS is another cause attributed in a high proportion to fibromyalgia, although to a lesser extent among professionals from Africa and Asia.

11) Physicians from all countries recommend a pharmacological approach as the most adequate treatment of FM. Psychological interventions and alternative or complementary therapies were mentioned at a similar rate.

As a general conclusion, both healthcare providers and patients attribute to fibromyalgia psychological causes, which represents a disagreement between the clinical field and the academia. Although healthcare providers have a generally good awareness of the illness, it is more profound among specialties such as Rheumatology, and among those more industrialized continents. Besides, false symptoms are attributed to fibromyalgia, although it is more prominent among patients. Regarding clinical management, professionals believe in a multicomponent treatment, highlighting the pharmacological one.

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablin, J.N., Bar-Shira, A., Yaron, M. y Orr-Urtreger, A. (2009). Candidate-gene approach in fibromyalgia syndrome: Association analysis of the genes encoding the substance P receptor, dopamine transporter and α -1-antitrypsin. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 27(5), 33-46. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20074437>
- Acuña Ortiz, F.E., Capitán de la Cruz, V.A. y León Jiménez, F.E. (2017). Knowledge on Fibromyalgia Among General Practitioners, From Chiclayo-Peru, 2016. *Reumatología clínica*, 13(6), 326-330. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2016.08.005>

- Agarwal, A., Oparin, Y., Glick, L., Fitzcharles, M.A., Adachi, J.D., Cooper, M.D., ... y Busse, J.W. (2018). Attitudes toward and management of fibromyalgia: a national survey of Canadian rheumatologists and critical appraisal of guidelines. *Journal of Clinical Rheumatology*, 24(5), 243-249. doi: 10.1097/RHU.0000000000000679
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, AETSA —Consejería de Salud, Junta de Andalucía— (2016). *Guías de práctica clínica sobre Fibromyalgia. Informe de Respuesta breve: listado de referencias y valoración crítica*. Recuperado de https://www.aetsa.org/download/publicaciones/PAI-FIBROMIALGIA-con-recomendaciones-23_01_2017.pdf
- Ahles, T.A., Khan, S.A., Yunus, M.B., Spiegel, D.A. y Masi, A.T. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *The American journal of psychiatry*, 148, 1721-1726. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1721>
- Ahles, T.A., Yunus, M.B., Riley, S.D., Bradley, J.M. y Masi, A.T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 27(10), 1101-1106. <https://doi.org/10.1002/art.1780271004>
- Album, D., Johannessen, L.E. y Rasmussen, E.B. (2017). Stability and change in disease prestige: A comparative analysis of three surveys spanning a quarter of a century. *Social Science & Medicine*, 180, 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.020>
- Album, D. y Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66, 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Alfici, S., Sigal, M. y Landau, M. (1989). Primary fibromyalgia syndrome—a variant of depressive disorder? *Psychotherapy and psychosomatics*, 51(3), 156-161. <https://doi.org/10.1159/000288150>

- Álvarez-Hernández, E., Casasola-Vargas, J.C., Lino-Pérez, L., Burgos-Vargas, R. y Vázquez-Mellado, J. (2006). Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos. *Reumatología Clínica*, 2, 183-189. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73044-3](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73044-3)
- Amber, K.T., Brooks, L., Chee, J. y Ference, T.S. (2014). Assessing the perceptions of fibromyalgia syndrome in United States among academic physicians and medical students: where are we and where are we headed? *Journal of Musculoskeletal Pain*, 22(1), 13-19. <https://doi.org/10.3109/10582452.2014.883024>
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 5.ª edición)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnold, L.M. y Clauw, D.J. (2017). Challenges of implementing fibromyalgia treatment guidelines in current clinical practice. *Postgraduate Medicine*, 129, 709-714. <https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1336417>
- Arnold, L.M., Clauw, D.J. y McCarberg, B.H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 86, 457-464. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0738>
- Åsbring, P. y Närvänen, A.L. (2003). Ideal versus reality: physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Social Science & Medicine*, 57, 711-720. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00420-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00420-3)
- Barker, K. (2002). Self-help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia syndrome (FMS). *Social Problems*, 49(3), 279-300. <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.3.279>

- Barker, K. (2008). Electronic support groups, patient-consumers, and medicalization: The case of contested illness. *Journal of health and social behavior*, 49(1), 20-36. <https://doi.org/10.1177%2F002214650804900103>
- Barker, K. (2011). Listening to Lyrica: contested illnesses and pharmaceutical determinism. *Social Science & Medicine*, 73, 833-842. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.055>
- Beard, G.M. (1889). *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*. Nueva York: Harvard Medical School.
- Berthelot, J.M., Nizard, J. y Maugars, Y. (2018). Opioids can paradoxically induce severe pain. *Joint Bone Spine*, 85, 655. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.04.007>
- Brummett, C.M., Janda, A.M., Schueller, C.M., Tsodikov, A., Morris, M., Williams, D. A. y Clauw, D.J. (2013). Survey criteria for fibromyalgia independently predict increased postoperative opioid consumption after lower extremity joint arthroplasty: a prospective, observational cohort study. *Anesthesiology*, 119, 145-167. doi: 10.1097/ALN.0b013e3182a8eb1f
- Block, S.R. (1999). On the nature of rheumatism. *Arthritis Care & Research*, 12(2), 129-138. <https://doi.org/10.1002/1529-0131>
- Bloom, C., Dorado, K., Lazaridou, A., Buliteanu, A., Schreiber, K. y Edwards, R. (2018). The relationship between sleep disturbance, stress, catastrophizing, and chronic pain in fibromyalgia patients. *The Journal of Pain*, 19(3), 52-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.122>
- Blotman, F., Thomas, E., Myon, E., Andre, E., Caubere, J.P. y Taieb, C. (2005). Awareness and knowledge of fibromyalgia among French rheumatologists and general practitioners. *Clinical and experimental rheumatology*, 23, 697. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/64b8/4e9ff536227db0233eabd634669cbd2e20e9.pdf>

- Boland, E.W. (1947). Psychogenic rheumatism; the musculoskeletal expression of psychoneurosis. *Annals of the rheumatic diseases*, 6(4), 195-203.
<https://doi.org/10.1136/ard.6.4.195>
- Bonica, J.J. (1957). Management of myofascial pain syndromes in general practice. *Journal of the American Medical Association*, 164(7), 732-738.
<https://doi.org/10.1001/jama.1957.02980070014003>
- Boonen, A., Van den Heuvel, R., Van Tubergen, A., Goossens, M., Severens, J.L., Van der Heijde, D. y Van der Linden, S. (2005). Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Annals of the rheumatic diseases*, 64, 396-402.
<http://dx.doi.org/10.1136/ard.2003.019711>
- Breuer, J. y Freud, S. (1893/1895). Estudios sobre la histeria. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen II* (edición en castellano, 1975; pp. 1-325). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Brigo, F. (2014). The cartographer of hysteria and fibromyalgia tender points. *Archives of Rheumatology*, 29(2), 147-148.
- Briones-Vozmediano, E., Öhman, A., Goicolea, I. y Vives-Cases, C. (2018). “The complaining women”: health professionals’ perceptions on patients with fibromyalgia in Spain. *Disability and rehabilitation*, 40, 1679-1685.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1306759>
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: J.B. Baillièere et fils.
- Burwinkle, T., Robinson, J. P. y Turk, D. C. (2005). Fear of movement: factor structure of the Tampa Scale of Kinesiophobia in patients with fibromyalgia syndrome. *The Journal of pain*, 6(6), 384-391. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.01.355>

- Busch, A.J., Barber, K.A.R., Overend, T.J., Peloso, P.M.J. y Schachter, C.L. (2006). Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic, Revisión* (2), 1-36. DOI:10.1002/14651858.CD003786.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G. y Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Carmona, L., Gabriel, R., Ballina, J. y Laffon, A.—Grupo de Estudio EPISER— (2001). Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Revista Española de Reumatología*, 28, 18-25.
- Carter, R.B. (1853). *On the pathology and treatment of hysteria*. Londres: Medicina Literis.
- Carveth, D.L. y Carveth, J.H. (2003). Fugitives from guilt: Postmodern de-moralization and the new hysterias. *American Imago*, 60, 445-479. <https://doi.org/10.1353/aim.2004.0002>
- Casariego E., Briones E. y Costa, C. (2016). *¿Qué son y para qué sirven las GPC?* Recuperado de <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/>
- Cedraschi, C., Girard, E., Luthy, C., Kossovsky, M., Desmeules, J. y Allaz, A.F. (2013). Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.014>
- Ceko, M., Bushnell, M.C., Fitzcharles, M.A. y Schweinhardt, P. (2013). Fibromyalgia interacts with age to change the brain. *NeuroImage: Clinical*, 3, 249-260. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.08.015>
- Cervero, F. (2014). Central sensitization and visceral hypersensitivity: Facts and fictions. *Scandinavian journal of pain*, 5(2), 49-50. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2014.02.005>
- Charcot, J.M (1887). De l'hystérie chez les jeunes garçons (Lección VI, pp. 80-96). En J.M. Charcot, *Oeuvres Complètes* (Tomo III). París: Delahaye & Lecrosnier.

- Chinn, S., Caldwell, W. y Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Current pain and headache reports*, 20(4), 25. <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0556-x>
- Chen, X., Zou, K., Abdullah, N., Whiteside, N., Sarmanova, A., Doherty, M. y Zhang, W. (2017). The placebo effect and its determinants in fibromyalgia: meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical rheumatology*, 36, 1623-1630. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3595-8>
- Clark, P., Paiva, E.S., Ginovker, A. y Salomón, P.A. (2013). A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 188. DOI:10.1186/1471-2474-14-188
- Clauw, D.J. (2014). Fibromyalgia: a clinical review. *Jama*, 311, 1547-1555. doi:10.1001/jama.2014.3266
- Collins, D. (1940). Fibrositis and infection. *Annals of the rheumatic diseases*, 2, 114-125.
- Conrad, P. y Barker, K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of health and social behavior*, 51(supl. 1), 67-79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Conversano, C., Marchi, L., Rebecca, C., Mirabelli, V. y Gemignani, A. (2018). Catastrophizing and fibromyalgia: a mini-review. *Journal of Translational Neurosciences*, 3(7), 1-4. DOI:10.21767/2573-5349.100020
- Csillag, C. (1992). Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *The Lancet*, 340(8820), 663-664. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)92190-Q](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)92190-Q)
- Cyriax, J. (1948). Fibrositis. *British Medical Journal*, 2(4569), 251-255. doi:10.1136/bmj.2.4569.251
- Darlow, B., Fullen, B.M., Dean, S., Hurley, D.A., Baxter, G.D. y Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and

- beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 16, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>
- Despine, C.H.A. (1838). *Observations de médecine pratique faites aux bains de Aix-en-Savoie*. Annecy: Burdet.
- Dorado, K., Lazaridou, A., Franceschelli, O., Protsenko, K., Napadow, V. y Edwards, R. (2017). The association between catastrophizing, fatigue, and sleep quality among patients with fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 18, 53-63. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jpain.2017.02.203>
- Edgecombe, W. (1920). Visceral fibrositis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Balneology and Climatology)*, 13, 14-22.
- Ellingson, L.D., Stegner, A.J., Schwabacher, I.J., Lindheimer, J.B. y Cook, D.B. (2018). Catastrophizing interferes with cognitive modulation of pain in women with fibromyalgia. *Pain Medicine*, 19, 2408-2422. DOI:10.1093/pm/pny008
- Emad, Y., Ragab, Y. y Rasker, J.J. (2018). Hippocampus dysfunction may explain symptoms of fibromyalgia syndrome. *Hamdan Medical Journal*, 11(4), 166. https://doi.org/10.4103/HMJ.HMJ_82_18
- Ehrlich, G.E. (2003). Pain is real; fibromyalgia isn't. *The Journal of Rheumatology*, 30, 1666.
- Fallon, N., Alghamdi, J., Chiu, Y., Sluming, V., Nurmikko, T. y Stancak, A. (2013). Structural alterations in brainstem of fibromyalgia syndrome patients correlate with sensitivity to mechanical pressure. *NeuroImage: Clinical*, 3, 163-170. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.nicl.2013.07.011>
- Fayed, N., Andrés, E., Rojas, G., Moreno, S., Serrano-Blanco, A., Roca, M. y García-Campayo, J. (2012). Brain dysfunction in fibromyalgia and somatization disorder using proton magnetic resonance spectroscopy: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(2), 115-125. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01820.x>

- Fernández-Martínez, R., Fernández-Rodríguez, C., Amigo-Vázquez, I. y Pérez-Álvarez, M. (2006). Síntomas somáticos médicamente inexplicados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 195-215. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10651/38831>
- Fitzcharles, M.A., Ste-Marie, P.A., Gamsa, A., Ware, M.A. y Shir, Y. (2011). Opioid use, misuse, and abuse in patients labeled as fibromyalgia. *The American journal of medicine*, 124, 955-960. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.05.031>
- Fitzcharles, M.A., Ste-Marie, P.A., Goldenberg, D.L., Pereira, J.X., Abbey, S., Choinière, M., ... y Shir, Y. (2013). 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Research and Management*, 18(3), 119-126. DOI:10.1155/2013/918216
- Freud, S. (1888). Histeria. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen I* (edición en castellano, 1975; pp. 41-63). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1893/1899). La etiología de la histeria. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen III* (edición en castellano, 1975; pp. 185-218). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freyberg, R.H. (1951). Non-Articular Rheumatism. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 27(4), 245-258.
- Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., Petermann, F., ... y Häuser, W. (2013). Psychische Störungen beim Fibromyalgiesyndrom [Mental disorders in patients with fibromyalgia syndrome]. *Der Schmerz*, 27(3), 296-304. <http://dx.doi.org/10.1007/s00482-013-1323-0>
- Galenkamp, L., Lazaridou, A., Franceschelli, O., Napadow, V. y Edwards, R. (2018). The relationship between catastrophizing, anxiety, and sleep quality in fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(3), S33. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.086>

- Gelabert, M.M.A., Pastor, M.A., Lledó, A., Roig, S.L., Terol, M.C. y Marín, J.R. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Ghazan-Shahi, S., Towheed, T. y Hopman, W. (2012). Should rheumatologists retain ownership of fibromyalgia? A survey of Ontario rheumatologists. *Clinical Rheumatology*, 31, 1177-1181. <https://doi.org/10.1007/s10067-012-1989-1>
- Giamberardino, M.A. (2008). Update on fibromyalgia syndrome. *Pain Clinical Updates*, 16(4), 1-6. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU08-4_1390262398645_4.pdf
- Giveon, S.M., Liberman, N., Klang, S. y Kahan, E. (2003). A survey of primary care physicians' perceptions of their patients' use of complementary medicine. *Complementary therapies in medicine*, 11(4), 254-260. [https://doi.org/10.1016/S0965-2299\(03\)00114-6](https://doi.org/10.1016/S0965-2299(03)00114-6)
- Glattacker, M., Opitz, U. y Jäckel, W.H. (2010). Illness representations in women with fibromyalgia. *British Journal of Health Psychology*, 15, 367-387. <https://doi.org/10.1348/135910709X466315>
- Goldenberg, D.L. (1989). Psychiatric and psychologic aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheumatic diseases clinics of North America*, 15(1), 105-114.
- Gómez-Argüelles, J.M., Maestú-Unturbe, C. y Gómez-Aguilera, E.J. (2018). Neuroimagen en fibromialgia. *Revista de Neurología*, 67, 394-402.
- Gowers, W.R. (1904). A lecture on lumbago: Its lessons and analogues. *British Medical Journal*, 1(2246), 117-121. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.2246.117>
- Gracely, R.H., Ceko, M. y Bushnell, M.C. (2012). Fibromyalgia and depression. *Pain research and treatment*, 2012, 1-9. doi:10.1155/2012/486590

- Grob, G.N. (2011). The Rise of Fibromyalgia in 20th-Century America. *Perspectives in Biology and Medicine*, 54(4), 417-437. <https://doi.org/10.1353/pbm.2011.0044>
- Hadker, N., Garg, S., Chandran, A.B., Crean, S.M., McNett, M. y Silverman, S.L. (2011). Primary care physicians' perceptions of the challenges and barriers in the timely diagnosis, treatment and management of fibromyalgia. *Pain Research and Management*, 16, 440-444. <https://doi.org/10.1155/2011/367059>
- Hadler, N.M. (1996). If you have to prove you are ill, you can't get well: the object lesson of fibromyalgia. *Spine*, 21, 2397-2400.
- Hadler, N.M. (1997). La maladie est morte, vive le malade. *The Journal of Rheumatology*, 24(7), 1250-1251.
- Hadler, N.M. (2003). " Fibromyalgia" and the medicalization of misery. *The Journal of rheumatology*, 30(8), 1668.
- Hadler, N. (2005). *Occupational musculoskeletal disorders*. (3ª). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Haliloglu, S., Carlioglu, A., Akdeniz, D., Karaaslan, Y. y Kosar, A. (2014). Fibromyalgia in patients with other rheumatic diseases: prevalence and relationship with disease activity. *Rheumatology international*, 34, 1275-1280. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2972-8>
- Halliday, J.L. (1937). Psychological factors in rheumatism: Part I. *British Medical Journal*, 1(3969), 213-217. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.3976.641>
- Harris, M. (1986). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza.
- Harris, R.E., Clauw, D.J., Scott, D.J., McLean, S.A., Gracely, R.H. y Zubieta, J.K. (2007). Decreased central μ -opioid receptor availability in fibromyalgia. *Journal of Neuroscience*, 27, 10000-10006. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2849-07.2007>

- Hassett, A.L., Cone, J.D., Patella, S.J. y Sigal, L.H. (2000). The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 43(11), 2493-2500. <https://doi.org/10.1002/1529-0131>
- Häuser, W., Kosseva, M., Üceyler, N., Klose, P. y Sommer, C. (2011). Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 63, 808-820. <https://doi.org/10.1002/acr.20328>
- Häuser, W., Thieme, K. y Turk, D.C. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome—a systematic review. *European Journal of Pain*, 14, 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.01.006>
- Hayes, S.M., Myhal, G.C., Thornton, J.F., Camerlain, M., Jamison, C., Cytryn, K.N. y Murray, S. (2010). Fibromyalgia and the therapeutic relationship: where uncertainty meets attitude. *Pain Research and Management*, 15, 385-391. <https://doi.org/10.1155/2010/354868>
- Hellström, O., Bullington, J., Karlsson, G., Lindqvist, P. y Mattsson, B. (1998). Doctors' attitudes to fibromyalgia: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(3), 232-237. <https://doi.org/10.1177%2F14034948980260030201>
- Hench, P.K. (1976). Nonarticular rheumatism: 22nd rheumatism review. Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis and Rheumatism*, 19(supl.), 1081-1089.
- Hench, P.K. (1986). Secondary fibrositis. *The American Journal of Medicine*, 81(3, Supl. 1), 60-62. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(86\)90877-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(86)90877-6)
- Hench, P.S. y Boland, E.W. (1946). The management of chronic arthritis and other rheumatic diseases among soldiers of the United States Army. *Annals of the rheumatic diseases*, 5(4), 106-114. <https://doi.org/10.1136/ard.5.4.106>

- Holliday, K.L. y McBeth, J. (2011). Recent advances in the understanding of genetic susceptibility to chronic pain and somatic symptoms. *Current rheumatology reports*, 13(6), 521-. <https://doi.org/10.1007/s11926-011-0208-4>
- Homma, M., Ishikawa, H. y Kiuchi, T. (2016). Association of physicians' illness perception of fibromyalgia with frustration and resistance to accepting patients: a cross-sectional study. *Clinical Rheumatology*, 35, 1019-1027. doi: 10.1007/s10067-014-2752-6
- Hudson, J.I., Hudson, M.S., Pliner, L.F., Goldenberg, D.L. y Pope, H.G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 441-446. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.4.441>
- Hughes, L.S., Clark, J., Colclough, J.A., Dale, E. y McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33, 552-568. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000425>
- IASP. (2012). *IASP Taxonomy. Central sensitization*. Recuperado de <https://web.archive.org/web/20170923003213/https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Centralsensitization>
- Inanici, F. y Yunus, M.B. (2004). History of fibromyalgia: Past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8(5), 369-378. <https://doi.org/10.1007/s11916-996-0010-6>
- Jackson, T., Thomas, S., Stabile, V., Shotwell, M., Han, X. y McQueen, K. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesthesia and Analgesia*, 123, 739-748. DOI: 10.1213/ANE.0000000000001389
- Jay, G.W. y Barkin, R.L. (2015). Fibromyalgia. *Disease-a-Month*, 3(61), 66-111. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.disamonth.2015.01.002>

- Jensen, K.B., Srinivasan, P., Spaeth, R., Tan, Y., Kosek, E., Petzke, F., ... y Choy, E. (2013). Overlapping structural and functional brain changes in patients with long-term exposure to fibromyalgia pain. *Arthritis & Rheumatism*, 65, 3293-3303. DOI: 10.1002/art.38170
- Kamoun, S., Elleuch, M., Le, K.L., Feki, H., Taieb, C., André, E., ... y Elleuch, M.H. (2010). Evaluation of knowledge of fibromyalgia in Tunisia. *La Tunisie Medicale*, 88, 703-706.
- Kato, K., Sullivan, P.F., Evengård, B. y Pedersen, N.L. (2006). Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1649–1654. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.15.1649>
- Kianmehr, N., Haghighi, A., Bidari, A., Sharafian Ardekani, Y. y Karimi, M.A. (2017). Are general practitioners well informed about fibromyalgia?. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 20, 1917-1921. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12716>
- King, H. (1993). Once Upon a Text: Hysteria from Hippocrates. En S.L. Gilman, H. King, R. Porter, G.S. Rousseau y E. Showalter (Eds.) *Hysteria Beyond Freud*. Berkeley: University of California Press.
- Kelly, M. (1945). The Nature of Fibrositis: I. The myalgic lesions and its secondary effects: A Reflex Theory. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 5(1), 1-7.
- Koca, T.T., Tugan, C.B., Koçyiğit, B.F. y Nacitarhan, V. (2019). Fibromyalgia awareness in women aged between 18 and 75 years: a current view to fibromyalgia. *Journal of Public Health*, 27, 491-497.
- Kramer, H. y Sprenger, J. (2007). *The malleus maleficarum*. Nueva York: Cosimo Classics.
- Kuppens, K., Neels, H., Van Wilgen, C.P., Roussel, N., Heyrman, A., Lambrecht, L., ... y Nijs, J. (2015). Do illness perceptions in patients with fibromyalgia differ across countries? A comparative study. *Myopain*, 23, 13-20. <https://doi.org/10.3109/10582452.2015.1132027>

- Lami, M.J., Martínez, M.P. y Sánchez, A.I. (2013). Systematic review of psychological treatment in fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(7), 345-359. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs11916-013-0345-8>
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J. y Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 75(6), 500-510.
- Lauche, R., Cramer, H., Häuser, W., Dobos, G. y Langhorst, J. (2015). A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/610615>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Lichtenstein, A., Tiosano, S. y Amital, H. (2018). The complexities of fibromyalgia and its comorbidities. *Current opinion in rheumatology*, 30(1), 94-100. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000464>
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.11.1358>
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M.A., Pons-Calatayud, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. y Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: Exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 459-476.
- Lorente, G.D., Stefani, L.F.B.D. y Martins, M.R.I. (2014). Kinesiophobia, adherence to treatment, pain and quality of life in fibromyalgia syndrome patients. *Revista Dor*, 15(2), 121-125. DOI 10.5935/1806-0013.20140020

- Macfarlane, G.J., Kronisch, C., Dean, L.E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... y Dincer, F. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76, 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Madden, S. y Sim, J. (2016). Acquiring a diagnosis of fibromyalgia syndrome: The sociology of diagnosis. *Social Theory & Health*, 14, 88-108.
- Malfliet, A., Van Oosterwijck, J., Meeus, M., Cagnie, B., Danneels, L., Dolphens, M., ... y Nijs, J. (2017). Kinesiophobia and maladaptive coping strategies prevent improvements in pain catastrophizing following pain neuroscience education in fibromyalgia/chronic fatigue syndrome: An explorative study. *Physiotherapy theory and practice*, 33, 653-660. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1331481>
- Marques, A.P., Santo, A.D.S., Berssaneti, A.A., Matsutani, L.A. y Yuan, S.L.K. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 57, 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>
- Martin, L. (2011, 13 abril). How fibromyalgia affects men. *WebMD*. Recuperado de <http://www.webmd.com/fibromyalgia/features/how-fibromyalgia-affects-men#1>.
- Mas, A.J., Carmona, L., Valverde, M. y Ribas, B. (2008). EPISER Study Group: Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clinical Experimental Rheumatology*, 26, 519-526.
- McBeth, J. y Jones, K. (2007). Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 21, 403-425. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2007.03.003>
- Micale, M.S. (2008). *Hysterical men: The hidden history of male nervous illness*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press.
- Milner, G.C. (1945). Psychosomatic reactions. *British Medical Journal*, 2(4427), 667.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Gobierno de España. (2011). *Fibromialgia*.

Recuperado de

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>

Mitsikostas, D.D., Chalarakis, N.G., Mantonakis, L.I., Delicha, E.M. y Sfikakis, P.P. (2012).

Nocebo in fibromyalgia: meta-analysis of placebo-controlled clinical trials and implications for practice. *European journal of neurology*, 19, 672-680.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03528.x>

Merskey, H. (2004). Pain disorder, hysteria or somatization? *Pain Research and Management*,

9(2), 67-71. <http://dx.doi.org/10.1155/2004/605328>

Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R. y Smythe, H. (1975). Musculoskeletal Symptoms

and Non-REM Sleep Disturbance in Patients with " Fibrositis Syndrome " and Healthy Subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 341-351.

Mork, P.J. y Nilsen, T.I. (2012). Sleep problems and risk of fibromyalgia: longitudinal data on

an adult female population in Norway. *Arthritis & Rheumatism*, 64, 281-284.

<https://doi.org/10.1002/art.33346>

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. y Buick, D. (2002). The

revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

<https://doi.org/10.1080/08870440290001494>

Nakao M. y Barsky A.J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in

psychosomatic medicine. *Biopsychosocial Medicine*, 1, 17-31.

<https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-17>

Nielson, W.R. y Jensen, M.P. (2004). Relationship between changes in coping and treatment

outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain*, 109(3), 233-241.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.002>

- Nijs, J., Torres-Cueco, R., Van Wilgen, P., Lluch Girbés, E., Struyf, F., Roussel, N., ... y Hermans, L. (2014). Applying modern pain neuroscience in clinical practice: criteria for the classification of central sensitization pain. *Pain Physician*, *17*, 447-457.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Pena, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., ... y Núñez, E. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, *44*(5), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Johnston, M., Gracia, R. y Daza, P. (2012). Clinical self-efficacy and illness beliefs in ambiguous chronic pain conditions: General Practitioners' management of Fibromyalgia. *Anales de Psicología*, *28*, 417-425. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps>
- Pastor, M.A., Salas, E., López, S., Rodríguez, J., Sánchez, S. y Pascual, E. (1993). Patients'beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. *Rheumatology*, *32*, 484-489. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/32.6.484>
- Peirce, R. (1713). *The History and Memoirs of the Bath*. Londres: Henry Hammond.
- Peñacoba, C., Pastor, M. Á., López-Roig, S., Velasco, L. y Lledo, A. (2017). Walking beliefs in women with fibromyalgia: clinical profile and impact on walking behavior. *Clinical Nursing Research*, *26*, 632-650. <https://doi.org/10.1177%2F1054773816646339>
- Perrot, S., Choy, E., Petersel, D., Ginovker, A. y Kramer, E. (2012). Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Services Research*, *12*, 356-371. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-356>
- Platón. (trad. 1992). Timeo. En Platón, *Diálogos* (IV, pp. 155-261). Madrid: Gredos.
- Queiroz, L.P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, *17*, 356-367. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0356-5>

- Raphael, K.G., Janal, M.N., Nayak, S., Schwartz, J.E. y Gallagher, R.M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124, 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.004>
- Reid, S., Whooley, D., Crayford, T. y Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms: GPs' attitudes towards their cause and management. *Family practice*, 18(5), 519-523. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.5.519>
- Ren, J., Li, X., Sun, J., Han, M., Yang, G.Y., Li, W.Y., ... y Liu, J.P. (2015). Is traditional Chinese medicine recommended in Western medicine clinical practice guidelines in China? A systematic analysis. *BMJ open*, 5(6), 1-9.
- Reynolds, E.H. y Kinnier-Wilson, J.V. (2014). Neurology and psychiatry in Babylon. *Brain*, 137, 2611-2619. <https://doi.org/10.1093/brain/awu192>
- Rivera, J. (2004). Controversias en el diagnóstico de fibromialgia. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 501-506.
- Rivera, J., Rejas, J., Vallejo, M.A., Esteve-Vives, J. y Grupo, I.C.A.F. (2009). Situación laboral y gasto sanitario en pacientes con Fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 5, 145. doi 10.3252/pso.es.35ser.2009
- Rizzi, M., Cristiano, A., Frassanito, F., Macaluso, C. y Airoidi, A. (2016). Sleep disorders in fibromyalgia syndrome. *Journal of Pain Relief*, 5, 2167-0846. 10.4172/2167-0846.1000232
- Ruiz-Montero, P.J., Van Wilgen, C.P., Segura-Jiménez, V., Carbonell-Baeza, A. y Delgado-Fernández, M. (2015). Illness perception and fibromyalgia impact on female patients from Spain and the Netherlands: do cultural differences exist? *Rheumatology International*, 35, 1985-1993. DOI:10.1007/s00296-015-3281-6
- Ruiz-Moral, R., Salvador, J.R., Pérula, L., Fernández, I., Martínez, J., Fernández, M.J., ... y Mont, M.A. (2006). Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades

- crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Atención Primaria*, 38, 483-489.
- Rus, A., Molina, F., Gassó, M., Camacho, M.V., Peinado, M.A. y Moral, M.L.D. (2016). Nitric oxide, inflammation, lipid profile, and cortisol in normal and overweight women with fibromyalgia. *Biological research for nursing*, 18(2), 138-146. <https://doi.org/10.1177%2F1099800415591035>
- Russell, I.J., Orr, M.D., Littman, B., Vipraio, G.A., Alboukrek, D., Michalek, J.E., ... Mackillip, F. (1994). Elevated cerebrospinal fluid levels of substance p in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 37(11), 1593-1601. <https://doi.org/10.1002/art.1780371106>
- Russell, I.J., Vaeroy, H., Javors, M. y Nyberg, F. (1992). Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 35(5), 550-556. <https://doi.org/10.1002/art.1780350509>
- Santamaría, P., Capilla Ramírez, P. y González Ordi, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a15>
- Savage, O. (1942). Rheumatic Disease in the Forces. *British Medical Journal*, 2(4263), 336-338. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.4263.336>
- Schaefer, K.M. (2005). The lived experience of fibromyalgia in African American women. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 17-25. <https://doi.org/10.1097/00004650-200501000-00007>
- Schone, H.Q. (2019). *Contested Illness in Context: An Interdisciplinary Study in Disease Definition*. Nueva York/ Londres: Routledge.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Shorter, E. (1992). *From paralysis to fatigue. A history of Psychosomatic illness in the Modern Era*. Nueva York/ Toronto: The Free Press.
- Showalter, E. (1997). *Hystories: Hysterical epidemics and modern media*. Nueva York: Columbia University Press.
- Silberbogen, A.K., Janke, E.A. y Hebenstreit, C. (2007). A closer look at pain and hepatitis C: preliminary data from a veteran population. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44, 231-244. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2006.05.0053>
- Slompo, T.K.M. y Bernardino, L.M.F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 263-278. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142006002006>
- Smythe, H.A. y Moldofsky, H. (1977). Two contributions to understanding of the «fibrositis» syndrome. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*, 28(1), 928-931.
- Smythe, H.A. (1972). Non-Articular Rheumatism and the Fibrositis Syndrome. En J.L. Hollander y D.J. McCarty (Eds.), *Arthritis and Allied Conditions* (pp. 874-884). Filadelfia: Lea & Febiger.
- Spanos, N.P. y Gottlieb, J. (1976). Salem village witchcraft. A critical appraisal. *Science*, 194, 1390-1394.
- Spanos, N.P. y Gottlieb, J. (1979). Demonic possession, mesmerism, and hysteria: A social psychological perspective on their historical interrelations. *Journal of abnormal psychology*, 88(5), 527.
- Stanford, S.B. y King, A.S. (2009). Is fibromyalgia a pain disorder? *Current Psychiatry*, 8(5), 9. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2006.05.0053>
- Stockman, R. (1904). The causes, pathology, and treatment of chronic rheumatism. *Edinburgh Medical Journal*, 15(3), 223-235.

- Stone, J. (2016). Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. En M. Hallett, J. Stone y A. Carson (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 139, pp. 25-36). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00003-5>
- Stone, J. Hewett, R., Carson, A., Warlow, C. y Sharpe, M. (2008). The 'disappearance' of hysteria: historical mystery or illusion? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101(1), 12-18. <https://doi.org/10.1258%2Fjrsm.2007.070129>
- Stuifbergen, A.K., Phillips, L., Voelmeck, W. y Browder, R. (2006). Illness perceptions and related outcomes among women with fibromyalgia syndrome. *Women's Health Issues*, 16(6), 353-360. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.05.003>
- Sundgren, P.C., Petrou, M., Harris, R.E., Fan, X., Foerster, B., Mehrotra, N., ... y Welsh, R.C. (2007). Diffusion-weighted and diffusion tensor imaging in fibromyalgia patients: a prospective study of whole brain diffusivity, apparent diffusion coefficient, and fraction anisotropy in different regions of the brain and correlation with symptom severity. *Academic Radiology*, 14, 839-846. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2007.03.015>
- Terhorst, L., Schneider, M.J., Kim, K.H., Goozdich, L.M. y Stilley, C.S. (2011). Complementary and alternative medicine in the treatment of pain in fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 34(7), 483-496. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2011.05.006>
- Traut, E. (1965). Fibrositis. *Medical Clinics of North America*, 49(1), 151-164. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)33357-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)33357-0)
- Traut, E. (1968). Fibrositis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 18(5), 531-538. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1968.tb02092.x>
- Travell, J. y Rinzler, S.H. (1952). The myofascial genesis of pain. *Postgraduate medicine*, 11(5), 425-434. <https://doi.org/10.1080/00325481.1952.11694280>

- Trimble, M.R. (1982). Functional diseases. *The British Medical Journal*, 285, 18-25.
[10.1136/bmj.285.6357.1768](https://doi.org/10.1136/bmj.285.6357.1768)
- Trimble, M.R. y Reynolds, E.H. (2016). A brief history of hysteria: from the ancient to the modern. En M. Hallett, J. Stone y A. Carson (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 139, pp. 3-10). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00001-1>.
- Tsai, P.S., Fan, Y.C. y Huang, C.J. (2015). Fibromyalgia is associated with coronary heart disease: a population-based cohort study. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 40(1), 37-42. <http://dx.doi.org/10.1097/AAP.0000000000000190>
- Tsilioni, I., Russell, I.J., Stewart, J.M., Gleason, R.M. y Theoharides, T.C. (2016). Substance P, Hemokinin-1, CRH, TNF and IL-6 are increased in serum of patients with Fibromyalgia Syndrome and may serve both as biomarkers and targets for treatment. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 356, 664-672.
<https://doi.org/10.1124/jpet.115.230060>
- Üçeyler, N., Zeller, D., Kahn, A.K., Kewenig, S., Kittel-Schneider, S., Schmid, A., ... y Sommer, C. (2013). Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. *Brain*, 136, 1857-1867. <https://doi.org/10.1093/brain/awt053>
- Vaerøy, H., Helle, R., Førre, Ø., Kåss, E. y Terenius, L. (1988). Elevated CSF levels of substance P and high incidence of Raynaud phenomenon in patients with fibromyalgia: new features for diagnosis. *Pain*, 32(1), 21-26. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90019-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90019-X)
- Valdés, M., Collado, A., Bargalló, N., Vázquez, M., Rami, L., Gómez, E. y Salamero, M. (2010). Increased glutamate/glutamine compounds in the brains of patients with fibromyalgia: a magnetic resonance spectroscopy study. *Arthritis & Rheumatism*, 62, 1829-1836. <https://doi.org/10.1002/art.27430>

- Vallejo, M.A., Rivera, J., Esteve-Vives, J., Rodríguez-Munoz, M.F. y Grupo, I.C.A.F. (2012). Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.003>
- Van Houdenhove, B., Egle, U. y Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current rheumatology reports*, 7(5), 365-370. <https://doi.org/10.1007/s11926-005-0021-z>
- Van Ittersum, M.W., Van Wilgen, C.P., Hilberdink, W.K.H.A., Groothoff, J.W. y Van der Schans, C.P. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.041>
- Van Wilgen, C.P., Van Ittersum, M.W., Kaptein, A.A., y Van Wijhe, M. (2008). Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 58, 3618-3626. <https://doi.org/10.1002/art.23959>
- Varinen, A., Kosunen, E., Mattila, K., Koskela, T. y Sumanen, M. (2017). The relationship between childhood adversities and fibromyalgia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.011>
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M. y Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542.
- Velasco, M. (2019). Dolor musculoesquelético: fibromialgia y dolor miofascial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 414-427. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.10.002>
- Walitt, B., Ceko, M., Gracely, J. y Gracely, R. (2016). Neuroimaging of central sensitivity syndromes: key insights from the scientific literature. *Current rheumatology reviews*, 12, 55-87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.011>

- Wilson, J.A., Deary, I.J. y Maran, A.G.D. (1988). Is globus hystericus? *British Journal of Psychiatry*, 153(9), 335-339. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.3.335>
- Wolfe, F. (1989). The design of a fibromyalgia criteria study. *The Journal of rheumatology*, 19, 180-184.
- Wolfe, F. (1993). Fibromyalgia: On diagnosis and certainty. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4), 17-35. https://doi.org/10.1300/J094v01n03_03
- Wolfe, F. (2003). Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *Journal of Rheumatology*, 30(8), 1671-1672. <https://doi.org/0315162X-30-1671>
- Wolfe, F. (2009). Fibromyalgia wars. *The Journal of Rheumatology*, 36(4), 671-678. <https://doi.org/10.3899/jrheum.081180>
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R.M., Caro, X.J., Goldenberg, D.L., ... y Yunus, M.B. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 40, 1560-1570. <https://doi.org/10.1002/art.1780400904>
- Wolfe, F., Cathey, M.A. y Kleinheksel, S.M. (1984). Fibrositis (Fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 11(6), 814-818.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Häuser, W., Katz, R.L., ... y Walitt, B. (2016, December). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. In *Seminars in arthritis and rheumatism*, 46, 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M.A., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., ... y Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62, 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

- Wolfe, F. y Häuser, W. (2011). Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. *Annals of Medicine*, 43(7), 495-502. <https://doi.org/10.3109/07853890.2011.595734>
- Wolfe, F. y Hawley, D.J. (1998). Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 57(supl. 2), 88-91. <https://doi.org/10.1007/s003930050243>
- Wolfe, F., Michaud, K., Li, T. y Katz, R.S. (2010). Chronic conditions and health problems in rheumatic diseases: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, systemic lupus erythematosus, and fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 37(2), 305-315. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090781>
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... Clark, P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism*, 33(2), 160-172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, F. y Walitt, B. (2013). Culture, science and the changing nature of fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 9, 751-755. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2013.96>
- Wolfe, F., Walitt, B.T., Katz, R.S. y Häuser, W. (2014). Symptoms, the nature of fibromyalgia, and diagnostic and statistical manual 5 (DSM-5) defined mental illness in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *PLoS One*, 9(2, e88740), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088740>
- Wynne-Jones, G., Macfarlane, G.J., Silman, A.J. y Jones, G.T. (2006). Does physical trauma lead to an increase in the risk of new onset widespread pain? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65(3), 391-393. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2005.037531>
- Yavne, Y., Amital, D., Watad, A., Tiosano, S. y Amital, H. (2018). A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 48, 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.011>

Yunus, M.B. (1994). Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 8(4), 811-837.

[https://doi.org/10.1016/S0950-3579\(05\)80050-0](https://doi.org/10.1016/S0950-3579(05)80050-0)

Yunus, M.B. (2007). Fibromyalgia and Overlapping Disorders: The Unifying Concept of Central Sensitivity Syndromes. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 36(6), 339-356.

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2006.12.009>

Yunus, M., Masi, A.T., Calabro, J.J., Miller, K.A. y Feigenbaum, S.L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls.

Seminars in Arthritis and Rheumatism, 11(1), 151-171. [https://doi.org/10.1016/0049-0172\(81\)90096-2](https://doi.org/10.1016/0049-0172(81)90096-2)

IV. ANEXO

A. Estudio 1

CUESTIONARIO DE OPINIÓN ACERCA DE LA FIBROMIALGIA

DATOS DE CARÁCTER GENERAL	
1	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
2	Edad:
3	Nacionalidad:
4	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a

5	Profesión sanitaria: _____	Especialidad clínica: _____
6	Otras titulaciones: _____	
7	Hospital/centro de trabajo: _____	Localidad: _____
8	¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión?: _____	
9	<p>Indique si padece alguna de las siguientes enfermedades:</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="checkbox"/> Sensibilidad Química Múltiple</p>	
10	<p>¿Alguna vez ha realizado el diagnóstico de fibromialgia en algún paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
11	<p>¿Trabaja actualmente o ha trabajado con algún paciente con fibromialgia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, actualmente <input type="checkbox"/> Sí, actual y anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, anteriormente <input type="checkbox"/> No, nunca</p>	
12	Indique, si procede, una cifra estimada de pacientes con fibromialgia que ve al año: _____	
13	<p>Bajo su punto de vista, ¿qué manifestaciones clínicas presentes en un paciente señalarían que se trata de fibromialgia?</p> <p>1 _____ 5 _____</p> <p>2 _____ 6 _____</p> <p>3 _____ 7 _____</p> <p>4 _____ 8 _____</p>	
14	<p>¿Cree fundamental que se realice el diagnóstico de fibromialgia en pacientes con dichas manifestaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Indique brevemente las razones:</p>	

	<input type="checkbox"/> No. Indique brevemente las razones:
15	<p>¿Cree que se diferencia bien de otras enfermedades o entidades?</p> <input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No. Indique con cuál/es no se diferencia bien:
16	<p>En su opinión, ¿existe alguna patología orgánica a la base en fibromialgia?</p> <input type="checkbox"/> Sí. Indique qué alteración/es orgánica/s
	<p>¿A qué es o son debidas dichas alteraciones?</p> <input type="checkbox"/> No. ¿A qué se deben entonces las manifestaciones clínicas de la fibromialgia?
	<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a. ¿A qué se aventuraría a decir que se deben las manifestaciones clínicas de la fibromialgia?
17	<p>¿Piensa que las personas con fibromialgia se han de considerar discapacitadas por las instituciones?</p> <input type="checkbox"/> Sí, en cualquier caso
	<input type="checkbox"/> Sí, dependiendo de la gravedad de los síntomas
	<input type="checkbox"/> No, en ningún caso
18	<p>¿Piensa que las personas con fibromialgia se han de considerar discapacitadas por las instituciones?</p> <input type="checkbox"/> Sí, en cualquier caso
	<input type="checkbox"/> Sí, dependiendo de la gravedad de los síntomas
	<input type="checkbox"/> No, en ningún caso
19	<p>¿Cuál es, en su opinión, la que debe ser la responsable principal en el abordaje de los casos?</p>
20	<p>En su opinión, ¿cuál es el mejor tratamiento (farmacológico y/o no farmacológico) para estos pacientes?</p>

B. Estudio 2

https://docs.google.com/forms/d/1Ic3DoCtukLCQ2sAliowyeBK0XZYEgB2_Io6cCc0-IH8/prefill

CUESTIONARIO DE FIBROMIALGIA

Desde la Universidad de Almería se está haciendo un estudio cuyo objetivo es evaluar su opinión respecto a su FIBROMIALGIA, por lo que cumplimente esta encuesta si es usted paciente con FIBROMIALGIA.

La información vertida en esta encuesta será usada SOLO CON FINES CIENTÍFICOS, por lo que garantizamos su ANONIMIDAD TOTALMENTE, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. SU PARTICIPACIÓN ES TOTALMENTE VOLUNTARIA y NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS.

Por favor, responda tan honestamente como sea posible. Solo le llevará 5 minutos rellenarla.

Si tiene alguna cuestión o está interesado en conocer los resultados de la investigación, por favor, mande un email al investigador principal, Rubén Uclés Juárez: ruj501@ual.es

MUCHAS GRACIAS POR LA COLABORACIÓN

Rubén Uclés Juárez

Facultad de Psicología

Universidad de Almería

-¿Acepta participar en esta investigación?

Sí

No

-Sexo:

Hombre

Mujer

-Edad:

-Nivel de Estudios:

Sin estudios

Graduado Escolar

Educación Secundaria Obligatoria

Bachillerato

Ciclo de Grado Medio o Superior/ Enseñanza Profesional

Estudios Universitarios

Estudios de Posgrado

-Estado civil:

Casado/a

Soltero/a

Divorciado/a

Separado/a

Viudo/a

Con pareja formal

Pareja de hecho

-Nivel socioeconómico:

Alto

Medio

Bajo

-Ocupación laboral:

Trabajador/a por cuenta ajena

Trabajador/a por cuenta propia

Jubilado/a

Desempleado/a

Estudiante

Labores del hogar

Otro:

-País:

-Localidad de residencia:

-¿Hace cuánto se le diagnosticó la FM por un profesional?

0-6 meses

6-12 meses

1-3 años

3-5 años

Más de 5 años

-¿Tiene otra enfermedad diagnosticada?

Sí

No

Indique cuál/es:

-¿Cuál o cuáles de estos síntomas experimenta debido a su fibromialgia?

Fatiga _____ Sí No

Pérdida de peso _____ Sí No

Náuseas _____ Sí No

Mareos _____ Sí No

Dolor _____ Sí No

Dolor de garganta _____ Sí No

Sensación de ahogo _____ Sí No

Dificultades para dormir _____ Sí No

Pérdida de fuerza _____ Sí No

Pitos o silbidos en el pecho _____ Sí No

Articulaciones rígidas _____ Sí No

Dolor de cabeza _____ Sí No

Molestias estomacales _____ Sí No

Irritación ocular _____ Sí No

-¿Cuál piensa que es la causa (o causas) de su fibromialgia?

-¿Bajo su experiencia, qué tratamientos FARMACOLÓGICOS logran mitigar sus síntomas de fibromialgia?

-¿Bajo su experiencia, qué tratamientos NO farmacológicos logran mitigar sus síntomas de fibromialgia?

C. Estudio 3

Encuesta en español

<https://docs.google.com/forms/d/1rEfd-zlnPW6LmeUykJdj5Ceb15g26yZiWTHOkYfEo6U/prefill>

ENCUESTA MUNDIAL SOBRE LA FIBROMIALGIA

Nos gustaría explorar el punto de vista acerca de la FIBROMIALGIA en MÉDICOS de todo el mundo para estudiar las posibles diferencias culturales. Como usted es médico, nos gustaría pedirle que respondiera las cuestiones que aparecen en la siguiente sección.

La información recogida en esta encuesta será usada SOLO CON FINES CIENTÍFICOS y ha sido aprobada por un Comité de Ética de Investigación (“Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía”, España, estudio 0800-N-16), por lo que garantizamos su ANONIMIDAD TOTALMENTE. Como estamos interesados en SU OPINIÓN SOBRE LA FIBROMIALGIA, por favor, responda tan honestamente como sea posible. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS. Le llevará 5

minutos rellenar la encuesta.

Si tiene alguna cuestión o está interesado en conocer los resultados de la investigación, por favor, mande un email al investigador principal, Rubén Uclés (ruj501@ual.es).

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Ruben Ucles-Juarez, MsC Universidad de Almeria (España)

Prof. Dr. Paul van Wilgen, Universidad Libre de Bruselas (Bélgica)

Dr. Janine de Zeeuw, Universidad de Groningen (Países Bajos)

Prof. Dr. Felipe Reis, Instituto Federal do Rio de Janeiro (Brazil)

-¿Está de acuerdo en participar en esta investigación?

Sí

No

-Sexo:

-Edad:

-Nacionalidad:

-¿En qué país trabaja?

-¿En qué ciudad trabaja?

-Institución o centro de trabajo:

-Especialidad médica:

-¿Cuántos años lleva ejerciendo su profesión?

-¿Conoce la fibromialgia?

-¿Se usa el diagnóstico de fibromialgia en su país?

-¿Qué manifestaciones clínicas mostradas por un paciente indicarían que se trata de fibromialgia?

-¿Cuál es la causa de la fibromialgia? (múltiples causas es posible)

-¿Qué tratamientos recomienda para la fibromialgia (si usted no trata a pacientes con fibromialgia, que tratamientos se usan en su país)?

Encuesta en inglés

https://docs.google.com/forms/d/1tIVTTYLjSz5Ec_mQw9eyFQx5DRAPK1WYQD8oau2wPKY/prefill

GLOBAL SURVEY ON FIBROMYALGIA

We would like to explore views on FIBROMYALGIA among MEDICAL DOCTORS from all around the world to get insight in possible cultural differences. As you are a medical doctor, we would like to ask you to answer the questions below.

The information collected in this survey will be used ONLY FOR SCIENTIFIC PURPOSES and has been approved by a Research Ethics Committee (“Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía”, Spain, study 0800-N-16), so we guarantee its ANONIMITY COMPLETELY. As we are interested in your opinion on fibromyalgia, please, answer as honest as possible. There are NO CORRECT ANSWERS. It will take 5 minutes to complete the survey.

If you have any question or if you are interested the results of this research, please mail to the main researcher, Ruben Ucles (ruj501@ual.es).

THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR COLLABORATION

Ruben Ucles-Juarez, MsC University of Almeria (Spain)

Prof. dr. Paul van Wilgen, Free University Brussel (Belgium)

Dr. Janine de Zeeuw, University of Groningen (the Netherlands)

Prof. Dr. Felipe Reis, Instituto Federal do Rio de Janeiro (Brazil)

-Do you agree to participate in this research?

Yes

No

-Gender:

-Age:

-Nationality?

-In which country do you work?

-In which city do you work?

-Work institution or centre:

-In which university/universities did you study medicine? (more options possible)

-Medical speciality:

-How many years have you been practicing?

-Do you know fibromyalgia?

-Is the fibromyalgia diagnosis used in your country?

-What clinical manifestations shown by a patient would indicate that it is fibromyalgia?

-What is the cause of fibromyalgia? (multiple causes possible)

-What treatments do you advise for fibromyalgia (if you do not treat patients with fibromyalgia, what are the treatments used in your country?)

Encuesta en árabe

<https://docs.google.com/forms/d/1CDp5F3bE2EKHgYzj9s7U36QarxyeKoHoir-fU87ulHQ/prefill>

Encuesta en neerlandés

https://docs.google.com/forms/d/1_TVJ0eiZtbj2D6PFmiiEqfj21Uxg306-8Fj2BDBxT4M/prefill

Encuesta en finlandés

<https://docs.google.com/forms/d/1TXU4R0UAocsQQI6YV8-nfXMcm6ds6f-5LeDfMZIUkoQ/prefill>

Encuesta en francés

https://docs.google.com/forms/d/1YHxwzblXSxPe_M6sKqWs1s3ups640vyceFpaZKouaxk/prefill

Encuesta en alemán

https://docs.google.com/forms/d/1KDypnxjbJdTkAwky0gKdP_Ykl3lfCJqJa_V4PzKehfs/prefill

Encuesta en húngaro

<https://docs.google.com/forms/d/1F3jT10G3cGlbhhZC000h8a->

[yhKWKRuhDxEwxLnSV0Dk/prefill](https://docs.google.com/forms/d/yhKWKRuhDxEwxLnSV0Dk/prefill)

Encuesta en italiano

[https://docs.google.com/forms/d/1cyA8F7X_4CDSYxrkqcre5ayzLUfx1DLQm6tRS
ehq674/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1cyA8F7X_4CDSYxrkqcre5ayzLUfx1DLQm6tRSehq674/prefill)

Encuesta en noruego

[https://docs.google.com/forms/d/1HMMLu7ENIK6UrWNFDoP2mtsPHK9oi3biBg1
vlqMcdPk/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1HMMLu7ENIK6UrWNFDoP2mtsPHK9oi3biBg1vlqMcdPk/prefill)

Encuesta en polaco

[https://docs.google.com/forms/d/1Mh0JRluQAC_RmIt5SIYsmMNkjLuB3T5KHkR
1I0-Y7AY/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1Mh0JRluQAC_RmIt5SIYsmMNkjLuB3T5KHkR1I0-Y7AY/prefill)

Encuesta en portugués

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdOp25IU-
oDdMYf1wDhOF7PUq4raMCmxVWCpJk1dQwLJapoNg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdOp25IU-oDdMYf1wDhOF7PUq4raMCmxVWCpJk1dQwLJapoNg/viewform)

Encuesta en ruso

[https://docs.google.com/forms/d/1xYFpjTDAbCfYP2_vtrUVt2OwInfVWuPf4KkNI
PEMTF0/prefill](https://docs.google.com/forms/d/1xYFpjTDAbCfYP2_vtrUVt2OwInfVWuPf4KkNIPEMTF0/prefill)