



El impacto en la calidad de vida, la depresión y el manejo analgésico se asocian al sufrimiento en pacientes con fibromialgia. Un estudio transversal
Impact on quality of life, depression and analgesic use, are associated with suffering in fibromyalgia patients. A cross-sectional study

C. A. Sánchez Salazar¹, A. Krikorian² y J. H. Arias Botero¹

¹Facultad de Medicina. Universidad CES. Medellín, Colombia. ²Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

RESUMEN

Introducción: La fibromialgia (FM) es un trastorno complejo que genera impacto en la salud pública. Son escasos los estudios que determinan el sufrimiento en FM, pues el abordaje se enfoca en el dolor.

Objetivo: Estimar la prevalencia de sufrimiento en los pacientes con FM y su asociación con el impacto en calidad de vida, malestar emocional, soledad, eventos vitales y aspectos clínicos y sociodemográficos en una institución de salud privada de Medellín (Colombia).

Método: Se realizó un estudio transversal, en una institución especializada en manejo de dolor crónico. Se evaluó el grado de sufrimiento (PRISM), nivel de dolor (EVA), impacto de la FM (FIQR), soledad (UCLA), ansiedad y depresión (HADS), eventos vitales estresantes (CSV) y las características sociodemográficas y clínicas. Se planteó un modelo explicativo con una regresión logística.

Resultados: El 55,5 % IC95 (50,0-61,1) presentó sufrimiento intenso. Se obtuvo un modelo explicativo, donde el impacto en la calidad de vida, la depresión y la toma de analgésicos fueron los factores más relevantes en el sufrimiento intenso.

Discusión: Los pacientes con FM manifiestan un sufrimiento importante que debe ser atendido por el personal de salud. Si bien el dolor es un elemento relevante, existen otros factores a los que debe prestarse

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a complex disorder with significant impact on public health. Few studies have explored suffering in FM, since its approach focuses on pain management.

Objective: To estimate the prevalence of suffering in patients with FM and its association with impact on quality of life, emotional distress, loneliness, vital stress and clinical and sociodemographic factors in a private healthcare institution in Medellín (Colombia).

Method: A cross-sectional study was conducted in an institution specialized in chronic pain management. The degree of suffering (PRISM), level of pain (EVA), impact of FM (FIQR), loneliness (UCLA), anxiety and depression (HADS), stressful life events (CSV) and sociodemographic and clinical characteristics were evaluated. An explanatory model was proposed using logistic regression.

Results: 55.5 % IC95 (50.0-61.1) presented intense suffering. An explanatory model was obtained, where impact, depression and analgesic intake were the most relevant factors in intense suffering.

Discussion: Patients with FM manifest an important suffering that should be attended by health personnel. Although pain is a relevant element, there are other factors to which attention should be paid, such as the impact of the disease on the person and the associated depression.

atención, como el impacto que causa la enfermedad en la persona y la depresión asociada.

Palabras clave: Fibromialgia, calidad de vida, estrés psicológico, dolor, soledad, ansiedad.

Key words: Fibromyalgia, quality of life, psychological stress, pain, loneliness, anxiety.

INTRODUCCIÓN

No todo dolor causa sufrimiento; sin embargo, el sufrimiento puede expresarse como dolor o coexistir con él (1). Eric Cassell fue el primero en llamar la atención sobre el sufrimiento en los pacientes, haciendo énfasis en que el sufrimiento y el dolor son fenómenos lógicamente distintos: el sufrimiento puede no limitarse solo a los síntomas físicos, sino a cualquier aspecto de la persona que amenace su integridad e influya en su percepción de sucesos futuros, como la desesperanza, sensación de abandono, poca validación de su dolor por parte de la sociedad, alteración en sus relaciones personales, limitaciones socioeconómicas y cuestionamiento sobre el sentido de la vida, entre otras (2).

Esta experiencia de sufrimiento ha sido ampliamente estudiada en el contexto oncológico (3,4), pero se ha explorado poco en el dolor crónico, específicamente en fibromialgia (FM) (5). Esta patología es catalogada como la que genera peor calidad de vida entre las enfermedades reumáticas crónicas por su compromiso de la capacidad funcional, el uso crónico de analgésicos, las comorbilidades psicológicas y psiquiátricas y la pérdida del sentido de identidad como seres humanos realizados y productivos; aspectos que pueden influir en la experiencia de sufrimiento (5,6).

Estudios previos sugieren que los pacientes con FM experimentan una alteración del significado de su vida (5,7), pero no se encontró ninguno que evaluara la prevalencia de sufrimiento y los factores que, a modo de hipótesis, podían estar ligados a su intensidad.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de sufrimiento en los pacientes con FM y su asociación con factores sociodemográficos y clínicos, el impacto en la calidad de vida, el estado emocional, la soledad y el estrés vital.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y población

El estudio fue realizado en una institución especializada en el manejo de pacientes con dolor crónico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de FM realizado por especialista en dolor o reumatólogo [cuya principal queja fuera esta enfermedad], que tuvieran tratamiento instaurado y que hubieran asistido al menos a una consulta de control. Se excluyeron pacientes con capacidad cognitiva limitada para comprender y responder las pruebas, pacien-

tes con crisis de dolor (exacerbaciones subjetivas del dolor, que motivan la consulta y que no han podido ser controladas con el manejo médico habitual) y con comorbilidades oncológicas activas, esclerosis múltiple u otras enfermedades desmielinizantes, demencia y/o enfermedades neurodegenerativas, y patologías agudas infecciosas, traumáticas o quirúrgicas.

Se calculó un tamaño muestral para una proporción; partiendo de una prevalencia esperada de sufrimiento de 75 % (dato obtenido de una fase previa del estudio, análisis parcial en proceso de publicación), con una confianza del 95 % y una precisión del 5 %, presupuestando una pérdida del 10 %, se estimó un tamaño muestral de 292 participantes. Se realizó muestreo consecutivo incluyendo a todos los pacientes que asistieron a la consulta externa y que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Técnicas e instrumentos de recolección

Previo firma de consentimiento, se aplicó un cuestionario a los participantes en una sesión presencial programada en las consultas de control. El cuestionario era administrado por personal de salud entrenado para ello.

Se definió como variable dependiente el sufrimiento, para el cual se empleó el instrumento de representación gráfica de la enfermedad y autoevaluación (Pictorial Representation of Illness and Self image, PRISM) (3). Se usó la versión electrónica, que permite valorar el sufrimiento total y obtener una medida de la distancia entre la enfermedad y el sí mismo (rango 0-27 cm, puntuaciones menores indicando mayor sufrimiento). Basados en el estudio de Paschali (5), se definió sufrimiento intenso como una distancia menor o igual a 6,25 cm (en este grupo el círculo rojo se superpone al círculo amarillo o lo toca); una distancia mayor a 6,25 cm representa al grupo con un sufrimiento leve o ausente.

Las variables independientes se dividieron en tres categorías: sociodemográficas, clínicas y de estudio (impacto de la FM, estado emocional, soledad, dolor y eventos vitales). Para las dos primeras categorías se empleó un formato de recolección de datos sociodemográficos y clínicos. Para las variables de estudio, se aplicó una batería de instrumentos.

El impacto de la FM se midió con el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia Revisado (FQR) (8), el cual emplea escalas visuales análogas con puntajes entre 0 y 10, y genera un puntaje global en un rango de 1 a 100, siendo el puntaje de 0 a 38 un impacto leve, 39

a 58 moderado y mayor o igual a 59 severo. También se obtuvieron puntuaciones de 3 subescalas: impacto en el funcionamiento (FIQR-f), impacto global (FIQR-i) e intensidad de los síntomas (FIQR-s); esta última incluye la escala visual análoga de dolor (EVA) (9).

El grado de soledad fue evaluado con la Escala de Soledad de UCLA (University of California, Los Ángeles) (10). Una puntuación total menor a 31 indica estados clínicos de soledad (11,12).

Para la ansiedad y depresión se usó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (13) que consta de 14 ítems que evalúan ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D). Puntuaciones más altas indican una mayor gravedad con un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión (13-15).

El estrés vital se examinó con el Cuestionario de Sucesos Vitales de Sandín y Chorot (16). Este consta de una lista de 60 sucesos vitales relacionados con diversas áreas psicosociales, entre las que se incluyen el trabajo, el ámbito académico, la salud, las relaciones de pareja, la familia y los hijos, las relaciones sociales, la residencia y los aspectos económicos y legales (16). Para la presente investigación se tomaron el número total de sucesos vitales y el estrés global generado por ellos a lo largo de su vida, teniendo puntuaciones menores de 2,2 como nivel de estrés leve, entre 2,2 y 2,5 moderado y mayor a 2,5 severo.

Análisis estadísticos

Se reportan las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas según la distribución de la variable. Se hicieron análisis de correlaciones para los puntajes de las escalas evaluadas. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas con la prueba de Shapiro Wilk.

Los puntajes de las escalas para las variables de estudio fueron dicotomizados de acuerdo con los puntos de corte mencionados. Para la comparación de las características según el puntaje de sufrimiento se utilizó la prueba de Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según los supuestos de la prueba. Se consideró significativo un valor de *p* menor o igual a 0,05.

Para construir el modelo explicativo de sufrimiento se realizó un análisis multivariado de regresión logística.

Se ingresaron en bloque al modelo las variables con valores de *p* en el bivariado mayores a 0,25 y aquellas consideradas variables de confusión. Para elegir el mejor modelo se utilizó el criterio de información de Akaike. Se reportó además la bondad de ajuste del modelo. Se reportaron las razones de prevalencia (RP) ajustados con IC 95 aplicando la fórmula de Grant (17). Los datos fueron analizados en Stata® versión 12 (StataCorp).

Aspectos éticos

El presente proyecto se acogió a los principios consignados en las declaraciones internacionales (Helsinki, CIOMs, UNESCO) vigentes. El proyecto fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité de Ética de investigación en Humanos de la Universidad CES (Acta No 185 del 23 marzo 2022).

RESULTADOS

Se recolectó información completa de 317 pacientes (inicialmente 329, pero 12 se eliminaron del análisis por datos incompletos). La mayoría fueron mujeres (96,8 %), con una edad promedio de 53 años; el 53 % de los pacientes estaban casados o en unión libre. Alrededor del 87 % vivían en el área urbana y un 48,6 % en un estrato socioeconómico bajo. La mayoría (76,7 %) contaba con estudios secundarios y superiores, siendo ama de casa (37,2 %) y empleado (28,7 %) las ocupaciones más frecuentes (Tabla I).

Al momento del estudio, la mediana del tiempo desde el diagnóstico de la FM era de 5 años. El 50 % de los pacientes presentaban 2 o más comorbilidades (Tabla I). Más del 96 % tomaban analgésicos, un 47 % gabapentinoides y el 45 % antidepresivos. El manejo no farmacológico se usó con menor frecuencia: el 38 % había tenido fisioterapia o hidroterapia, el 24,2 % tratamiento complementario (bioenergético, reiki, etc.), el 45,7 % terapia por psiquiatría, el 31,5 % psicología y el 2,52 % terapia de familia. Más de la mitad no hacía actividad física o la realizaba de manera ocasional (menos de tres días por semana) (Tabla II).

El puntaje de sufrimiento (PRISM) mostró una mediana de 5,6, el 50 central de la población reportó puntajes entre 1,14 y 9,31. A partir de la dicotomización de la

TABLA I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mínimo-máximo</i>
Edad	53,1	10,4	20-83
	<i>Mediana</i>	<i>(RIQ)</i>	<i>Mínimo-máximo</i>
Personas en el hogar	3	(2-4)	0-9
Años desde el diagnóstico	5	(3-10)	0-30
Consultas en el último mes	0	0	0-10
Comorbilidades	2	(1-4)	0-10

(Continúa en la página siguiente)

TABLA I (CONT.)
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>N (%)</i>
Sexo	Mujer	307 (96,8)
Estado civil	Soltero	70 (22,1)
	Casado/unión libre	169 (53,3)
	Separado/divorciado	49 (15,5)
	Viudo	29 (9,2)
Residencia	Urbana	276 (87,1)
Nivel de estudios	Sin estudios	6 (1,9)
	Primaria	68 (21,5)
	Secundaria	125 (39,4)
	Superior/Universitario	114 (36,0)
	Postgrado	4 (1,3)
Ocupación	Empleado	91 (28,7)
	Independiente	36 (11,4)
	Ama de casa	118 (37,2)
	Desempleado	18 (5,7)
	Estudiante	2 (0,6)
	Jubilado/pensionado	52 (16,4)
Cuidador	No requiere	286 (90,2)
	Cuidador ocasional	10 (3,2)
	Cuidador con frecuencia	11 (3,5)
	Cuidador permanente	3 (1,0)
	Requiere, pero no tiene	7 (2,2)
Religión	No tiene	15 (4,7)
	Adscrito, pero no la practica	60 (18,9)
	Adscrito y la practica	242 (76,3)
Estrato	Bajo bajo	15 (4,7)
	Bajo	139 (43,9)
	Medio bajo	116 (36,6)
	Medio	28 (8,8)
	Medio alto	16 (5,1)
	Alto	3 (1)
Actividad física	Nunca	72 (22,7)
	Muy ocasional	76 (24)
	Ocasional	39 (12,3)
	Con frecuencia	106 (33,4)
	Siempre	24 (7,6)

RIQ: rango intercuartílico. DE: desviación estándar.

TABLA II
RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE ESTUDIO CON EL NIVEL DE SUFRIMIENTO EN FIBROMIALGIA

<i>Variables sociodemográficas</i>	<i>Categoría</i>	<i>Sufrimiento leve</i>	<i>Sufrimiento intenso</i>	<i>valor p</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95 %</i>
Edad* media (DE)	20-59 años	107 (79,9)	128 (72,7)	<i>p</i> 0,52		
	< 59 años	34 (24,1)	48 (27,3)		1,07	0,87-1,33
Sexo n (%)	Femenino	135 (95,7)	172 (97,7)	<i>p</i> 0,32		
	Masculino	6 (4,3)	4 (2,3)		1,40	0,65-3,01
Estrato n (%)	Bajo (1-2)	64 (43,4)	90 (51,1)	<i>p</i> 0,20		
	Medio (3-4)	65 (46,10)	79 (44,9)		0,94	0,77-1,15
	Alto (5-6)	12 (8,5)	7 (4)		0,63	0,34-1,15
Nivel de estudios n (%)	Sin estudios	3 (2,1)	3 (1,7)	<i>p</i> 0,95		
	Educación básica	85 (60,2)	108 (61,4)		1,12	0,50-2,52
	Educación superior	53 (37,6)	65 (36,9)		1,10	0,49-2,49
Ocupación n (%)	Empleado	38 (27)	53 (30,1)	<i>p</i> 0,31		
	Independiente	14 (9,9)	22 (12,5)		1,05	0,77-0,44
	Ama de casa	53 (38)	65 (36,9)		0,95	0,75-1,20
	Desempleado	6 (4,3)	12 (6,8)		1,15	0,79-1,66
	Estudiante	2 (1,4)	0 (0)		1	-
	Pensionado	28 (19,9)	24 (13,6)		0,79	0,49-0,69
<i>Variables clínicas</i>	<i>Categoría</i>	<i>Sufrimiento leve</i>	<i>Sufrimiento intenso</i>	<i>valor p</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95 %</i>
Actividad física* n (%)	Poca	75 (53,1)	112 (63,6)	<i>p</i> 0,06		
	Mucha	66 (46,8)	64 (36,4)		0,82	0,66-1,01
Analgésicos n (%)	Sí	139 (98,6)	167 (94,9)	<i>p</i> 0,07		
	No	2 (1,4)	9 (5,1)		0,68	0,50-1,90
Antidepresivos n (%)	Sí	60 (42,5)	84 (47,7)	<i>p</i> 0,36		
	No	81 (57,5)	92 (52,2)		1,10	0,90-1,34
Fisio/hidroterapia n (%)	Sí	60 (42,6)	63 (35,8)	<i>p</i> 0,22		
	No	81 (57,5)	113 (64,2)		0,88	0,71-1,08
Psicoterapia n (%)	Sí	41 (29,1)	59 (33,5)	<i>p</i> 0,40		
	No	100 (70,9)	117 (66,5)		1,09	0,89-1,34
Psiquiatría n (%)	Sí	58 (41,1)	87 (49,4)	<i>p</i> 0,14		
	No	83 (58,9)	89 (50,6)		1,16	0,95-1,41
Tratamiento complementario n (%)	Sí	33 (23,4)	44 (25)	0,74		
	No	108 (76,6)	132(75)		1,04	0,83-1,30
<i>Variables de estudio</i>	<i>Categoría</i>	<i>Sufrimiento leve</i>	<i>Sufrimiento intenso</i>	<i>valor p</i>	<i>RP</i>	<i>IC 95 %</i>
Estrés vital n (%)	Bajo	34 (24,1)	32 (18,2)	<i>p</i> 0,20		
	Moderado a elevado	107 (75,9)	144 (81,8)		1,18	0,90-1,55
Impacto total en FM n (%)	Leve	30 (21,3)	8 (4,6)	<i>p</i> < 0,001		
	Moderado	40 (28,4)	33 (18,8)		2,15	1,10-4,18
	Severo	71 (50,4)	135 (76,7)		3,11	1,67-5,81

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II (CONT.)
RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DE ESTUDIO CON EL NIVEL DE SUFRIMIENTO EN FIBROMIALGIA

Variables de estudio	Categoría	Sufrimiento leve	Sufrimiento intenso	valor p	RP	IC 95 %
Soledad n (%)	Ausente	54 (38,3)	46 (26,1)	p 0,02	1,30	1,03-1,65
	Presente n	87 (61,7)	130 (73,9)			
Ansiedad n (%)	Ausente	46 (32,6)	31 (17,6)	p 0,002	1,50	1,12-2,01
	Presente	95 (67,4)	145 (82,4)			
Depresión n (%)	Ausente	106 (75,2)	91 (51,7)	p < 0,001	1,53	1,27-1,85
	Presente	35 (24,8)	85 (48,3)			
Dolor n (%)	Leve	12 (8,5)	6 (3,4)	p = 0,001	1,30	0,63-2,08
	Moderado	56 (39,7)	43 (24,4)			
	Severo	73 (51,8)	127 (72,2)			

*actividad física: poca (5-8 veces al mes o menos); mucha (3-5 veces por semana o más). DE: desviación estándar. RP: razón de prevalencia. IC: intervalos de confianza.

variable, la prevalencia de sufrimiento intenso estimada en este estudio fue de 55,5 % IC95 (50,0-61,1) (Tabla III).

Al medir el impacto de la FM, la mediana del puntaje para impacto total fue de 67,3 puntos; al categorizar, el 88 % presentó un impacto moderado o severo en

su calidad de vida (Tabla III). En cuanto al nivel de soledad, la mediana obtenida en la escala UCLA fue de 26. Usando 31 como punto de corte, se encontró que el 68,5 % (n = 217) de los participantes presentó indicadores clínicos de soledad (Tabla III).

TABLA III
RELACIÓN ENTRE EL SUFRIMIENTO Y LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Mediana	(RIQ)	Mínimo-Máximo
Sufrimiento	5,6	(1,1-9,3)	0,03-21,5
Variable	Categoría		n (%)
Sufrimiento	Leve	(PRISM > 6,25)	141 (44,5)
	Intenso	(PRISM ≤ 6,25)	176 (55,5)
Dolor	Leve	(EVA 1-3)	18 (5,7)
	Moderado	(EVA 4-7)	99 (31,2)
	Severo	(EVA 8-10)	200 (63,1)
Impacto total en fibromialgia	Leve	(FIQR 0 a < 39)	38 (12)
	Moderado	(FIQR ≥ 39 a < 59)	73 (23)
	Severo	(FIQR ≥ 59 a 100)	206 (65)
Estrés vital	Bajo	(CSV < 2,2 Bajo)	66 (20,8)
	Moderado-Alto	(CSV 2,2 a 2,5)	43 (13,6)
	Elevado	(CSV > 2,5)	208 (65,6)
Soledad	Leve o Ausente	(UCLA ≥ 31)	100 (31,6)
	Moderado-Severo	(UCLA < 31)	217 (68,5)
Ansiedad	Presente	(HADA ≥ 8)	240 (75,7)
Depresión	Presente	(HADD ≥ 9)	120 (37,9)

RIQ: rango intercuartílico. PRISM: pictorial representation of illness and self image (instrumento para evaluar sufrimiento). EVA: escala visual análoga. FIQR: puntuación total del cuestionario de impacto de la fibromialgia. CSV: cuestionario de sucesos vitales. UCLA: cuestionario de soledad de la Universidad de California Los Ángeles. HADA: cuestionario hospitalario de ansiedad y depresión, subescala ansiedad. HADD: cuestionario hospitalario de ansiedad y depresión, subescala depresión.

Respecto al malestar emocional (HAD), el promedio de puntaje de esta escala fue de 10,9 y el 75,7 % de la muestra estudiada indica problemas clínicos de ansiedad (Tabla III). Por su parte, la mediana del puntaje HAD para depresión fue de 7. Un 37,9 % (n = 120) obtuvo puntuaciones que reflejan indicadores clínicos de depresión (Tabla III).

Un 65,6 % de los participantes presentan niveles elevados de estrés asociado a eventos vitales (Tabla III), siendo la enfermedad prolongada que requiere tratamiento, la de mayor prevalencia, con un nivel de estrés en promedio de 3 (elevado).

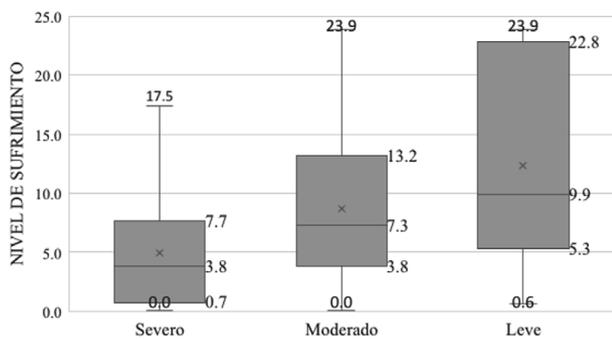
Se realizó un análisis correlacional entre el sufrimiento y las demás variables del estudio, encontrando que estas fueron débiles. Luego se dicotomizó la variable sufrimiento en "leve" e "intenso" y se compararon las variables sociodemográficas, clínicas y de estudio. En dicho análisis no se encontró relación del sufrimiento con las características sociodemográficas ni clínicas (Tabla II). Mientras que la presencia de sufrimiento intenso fue 2,11 veces mayor en los pacientes con un nivel de impacto de la FM severo y 1,15 veces mayor en los que presentaron un impacto de la FM moderado. Asimismo, los índices de ansiedad, depresión y soledad fueron factores asociados a un nivel de sufrimiento intenso (Tabla II).

Cuando se recategorizan los niveles de dolor de la EVA (dolor leve 0-3, moderado 4-7 y severo 8-10), se encuentra que los niveles de dolor más altos se relacionan con un sufrimiento más intenso (Figura 1; prueba de Kruskal-Wallis $p = 0,0001$). Aunque la razón de prevalencia (RP: 1,30) para dolor moderado (IC 95 0,63-2,08) no muestra asociación para dolor severo, sí hay una tendencia que indica que, a mayor dolor, más sufrimiento (Tabla II) (Figura 1).

En el modelo de regresión logística, los factores que se encontraron relacionados con el sufrimiento fueron la depresión, el impacto de la FM y el uso de analgésicos, con una varianza explicada del 17,7 % (Tabla IV).

DISCUSIÓN

Para nuestro conocimiento, este es uno de los pocos estudios que evalúan la prevalencia de sufrimiento en



La mediana del puntaje IPRISM (escala usada para medir el nivel de sufrimiento) en el dolor severo es menor a 6,25 (sufrimiento intenso) y en el dolor moderado y leve mayor de 6,25 (sufrimiento leve)

Fig. 1. Puntajes de sufrimiento según control del dolor.

TABLA IV
FACTORES ASOCIADOS AL SUFRIMIENTO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

	Wald	Valor p	RP (IC 95 %)
Analgésicos			
Sí	-1,96	0,05	0,57 (0,18-1)
No			
Depresión			
Presente	2,95	< 0,01	1,41 (1,14-1,64)
Ausente			
Impacto de la fibromialgia			
Severo	4,06	< 0,001	2,90 (1,90-3,74)
Moderado	2,15	0,03	2,02 (1,07-3,09)
Leve			
Intercepto	0,13	0,89	

Test de bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow $p = 0,60$).
RP: razón de prevalencia. IC: intervalo de confianza.

pacientes con FM y sus factores asociados. En general, el constructo de sufrimiento ha sido escasamente explorado en la investigación clínica, sin embargo, cada vez toma más importancia como una variable de interés en la dinámica de las patologías crónicas (5).

Nuestros resultados muestran que el 55,5 % de los pacientes presentan un sufrimiento intenso y que, aunque se evidencia una tendencia a tener mayor sufrimiento cuando hay menor control del dolor, este no es el único factor relacionado. Este hallazgo soporta la necesidad de un manejo más integral en FM, entendiendo que aunque el dolor es un elemento relevante, podría no ser necesariamente el principal, como se ha reportado en otros estudios (18).

Específicamente, encontramos que la prevalencia de sufrimiento intenso en FM es mayor en los pacientes que presentan un nivel de impacto moderado o severo en su calidad de vida. Ya se ha descrito previamente que la reducción del funcionamiento físico, psicológico y social genera un impacto negativo en el rendimiento cognitivo, las relaciones personales, el trabajo y las actividades de la vida diaria, lo cual se puede expresar como sufrimiento, a tal nivel que se ha reportado mayor tasa de ideación suicida o suicidio consumado en esta población (19). Esta respuesta emocional negativa se ha relacionado en la literatura con una mayor discapacidad funcional, impidiendo la mejoría clínica. De igual forma, incrementa la incertidumbre y la desesperanza en el paciente, lo que aumenta su nivel de impacto percibido y su sufrimiento (19).

También los puntajes de ansiedad y depresión mostraron ser mayores en pacientes con sufrimiento intenso en comparación con aquellos con sufrimiento leve. Esto corrobora el hallazgo de otros estudios (19); al respecto, Sener evidenció en su estudio que la forma de afrontamiento centrado en la emoción es la variable

explicativa más relevante del impacto percibido por los pacientes (20).

El hallazgo de una prevalencia mayor de depresión en pacientes con sufrimiento intenso podría representar una relación bidireccional: se sabe que muchos pacientes con FM presentan de base sintomatología depresiva, mayor severidad del dolor, más síntomas físicos y peor funcionamiento, impactando en la calidad de vida, incrementando los pensamientos catastróficos y disminuyendo las herramientas de afrontamiento de la enfermedad, lo cual resulta finalmente en un mayor sufrimiento (21,22).

Al respecto, Eisenberger describe que la angustia emocional también se asocia con disfunción social, lo cual genera aislamiento y soledad en estos pacientes, bien sea secundario a un rechazo por parte de la sociedad o porque su mismo malestar los aísla, pues el paciente procura evitar situaciones que aumenten su ansiedad, estrés y dolor (23). La soledad es una variable que viene cobrando mayor interés en el estudio de la FM (18) y que frecuentemente se asocia a depresión y sufrimiento (4,23). Nuestros hallazgos no solo muestran niveles clínicamente significativos de soledad en la población, sino que también la soledad es más elevada en pacientes con sufrimiento intenso. En consonancia con ello, Offenbaecher y cols. encontraron que las respuestas punitivas por parte de otros era un determinante mayor en la calidad de vida en FM (18).

Al examinar las variables que predicen conjuntamente el sufrimiento intenso, encontramos que este fue explicado por el impacto total en FM (que incluye la variable nivel del dolor, excluida del análisis multivariado por problemas de colinealidad), la depresión y el manejo analgésico. Estos resultados fueron similares a los encontrados por Paschali y cols., donde a mayor puntaje de sufrimiento en FM, hubo mayor impacto en la vida del paciente y mayor depresión (5).

Si bien existen múltiples variables que pueden relacionarse con el sufrimiento del paciente con FM, en este estudio priorizamos algunas de tipo psicosocial; sin embargo, los hallazgos encontrados indican que el impacto de la FM en la calidad de vida, así como aspectos emocionales, relacionales y ocupacionales se asocian con mayor sufrimiento en nuestra población y deberían estudiarse a futuro en otras poblaciones y ser profundizadas en nuevas investigaciones.

Llama la atención el aporte al modelo del manejo analgésico como variable protectora del sufrimiento en FM teniendo en cuenta que los medicamentos incluidos en esta variable son analgésicos simples que no están recomendados como primera línea en FM (acetaminofén, opioides débiles, AINE y relajantes musculares) (24); si bien generan disminución del dolor, no puede descartarse que parte del beneficio podría incluir el efecto placebo. Un metanálisis reporta que el placebo en pacientes con FM tiene un efecto clínicamente relevante no solamente en el control del dolor, sino en la calidad de sueño, funcionalidad, fatiga y bienestar en general (25), lo cual podría impactar en el sufrimiento del paciente.

En términos generales, la FM es una patología que representa un problema en salud pública con una alta complejidad fenomenológica y biopsicosocial que genera perjuicios, no solo en el individuo, sino en la sociedad. Sus costos directos e indirectos, atribuibles a pérdidas productivas laborales, son muy altos, superando el promedio de problemas salud/año y visitas/año de

los pacientes sin FM en más del doble. Estos costos en salud se han relacionado con la pérdida de capacidad funcional, la depresión y la comorbilidad física (26). Se ha descrito la FM como un factor de riesgo para generar un comportamiento suicida, y cuando se acompaña de indicadores clínicos de ansiedad, depresión y soledad, el riesgo de desencadenar un evento suicida aumenta (26).

Los hallazgos obtenidos en esta investigación destacan la importancia de tener una visión ampliada con relación al manejo y las implicaciones terapéuticas de la FM y el sufrimiento que la acompaña, abordándola como una experiencia multidimensional que integra fenómenos fisiológicos y psicosociales relacionados no solo con el dolor, sino con el impacto que genera en la funcionalidad y la salud mental (19,27). Esto lleva a la necesidad de un cambio en el modelo de atención en salud, tradicionalmente basado en el manejo del dolor, por un modelo más integral que involucre e intervenga eficazmente otras dimensiones biopsicosociales del paciente y su entorno.

La FM es una enfermedad frecuentemente estigmatizada e invisibilizada; esta percepción social contribuye negativamente en el proceso de adaptación de los pacientes. La mejora en la oportunidad de atención psicosocial y la identificación temprana de indicadores clínicos de soledad, depresión y ansiedad deberían constituir complementos obligados al manejo farmacológico con el fin de disminuir el sufrimiento, mejorar los síntomas clínicos y reducir el impacto en su calidad de vida.

Como fortalezas de esta investigación, a conocimiento de los autores es un trabajo pionero en la estimación de la prevalencia de sufrimiento en FM y sus factores asociados, entre los cuales se contemplaron múltiples variables sociales, demográficas, personales y clínicas generando información de base que puede orientar a nuevos estudios de sufrimiento en FM, tanto en el ámbito clínico como en el de la salud pública. De otro lado, las variables de estudio fueron medidas mediante instrumentos validados y de uso frecuente en la literatura; estos fueron aplicados bajo la supervisión de personal en salud entrenado en su administración para disminuir el riesgo de sesgo de información. Finalmente, a la muestra obtenida de 317 pacientes, se le recalculó la precisión para una proporción, obteniendo una precisión de 4,76, apropiada para determinar la prevalencia.

Como limitaciones del estudio, es de tener en cuenta que la naturaleza transversal del diseño solo permite observar el comportamiento de las variables estudiadas en un momento dado y la relación entre ellas sin llegar a establecer causalidad. Por otra parte, la percepción del paciente al momento de responder las escalas puede variar con el tiempo y las circunstancias del momento, por lo que se requiere realizar estudios longitudinales que permitan evaluar cambios en el mediano y largo plazo, así como examinar el efecto de intervenciones específicas. Finalmente, el desconocimiento de la información para aquellos que no respondieron la encuesta podría generar sesgo de selección, ya que es posible que tales pacientes pudieran tener puntajes diferentes en las escalas evaluadas; esto debe ser tenido en cuenta al interpretar los resultados.

Es importante tener en cuenta que la información obtenida está basada en autoinformes. Sería ideal que futuros estudios incluyeran otras estrategias de evaluación en la medida de las posibilidades; al respecto, inves-

tigaciones futuras con enfoque cualitativo podrían aportar información adicional que permita apreciar la complejidad de las relaciones estudiadas, así como la percepción de familiares, cuidadores y del personal de salud.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Alejandra Montoya Navarro, Yessica Andrea Barrera Marín, Mariana López Marín, Carolina Campuzano Cortina, Yineth Paola Rangel Rincón y Johana Yadira Acevedo Paniagua por su apoyo en la recolección de datos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Cassell EJ, Rich BA. Intractable end-of-life suffering and the ethics of palliative sedation. *Pain Med Malden Mass.* 2010;11(3):435-8.
- del Giglio A. Suffering-based medicine: practicing scientific medicine with a humanistic approach. *Med Health Care Philos.* 2020;23(2):215-9. DOI: 10.1007/s11019-019-09920-8.
- Krikorian A, Limonero JT, Corey MT. Suffering Assessment: A Review of Available Instruments for Use in Palliative Care. *J Palliat Med.* 2013;16(2):130-42. DOI: 10.1089/jpm.2012.0370.
- Krikorian A, Limonero JT, Maté J. Suffering and distress at the end-of-life: Suffering and distress at the end-of-life. *Psychooncology.* 2012;21(8):799-808. DOI: 10.1002/pon.2087.
- Paschali M, Lazaridou A, Vilsmark ES, Lee J, Berry M, Grahl A, et al. The "self" in pain: high levels of schema-enmeshment worsen fibromyalgia impact. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22(1):871. DOI: 10.1186/s12891-021-04740-5.
- Londoño J, Peláez Ballestas I, Cuervo F, Angarita I, Giraldo R, Rueda JC, et al. Prevalencia de la enfermedad reumática en Colombia, según estrategia COPCORD-Asociación Colombiana de Reumatología. Estudio de prevalencia de enfermedad reumática en población colombiana mayor de 18 años. *Rev Colomb Reumatol.* 2018;25(4):245-56.
- Compañ V, Feixas G, Varlotta-Domínguez N, Torres-Viñals M, Aguilar-Alonso Á, Dada G, et al. Cognitive Factors in Fibromyalgia: The Role of Self-Concept and Identity Related Conflicts. *J Constr Psychol.* 2011;24(1):56-77. DOI: 10.1080/10720537.2011.530492.
- Cardona-Arias JA, Hernández-Petro AM, León-Mira V. Validez, fiabilidad y consistencia interna de tres instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud en personas con fibromialgia, Colombia. *Rev Colomb Reumatol.* 2014;21(2):57-64. DOI: 10.1016/S0121-8123(14)70149-5.
- Bennett RM, Bushmakim AG, Cappelleri JC, Zlateva G, Sadosky AB. Minimal Clinically Important Difference in the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *J Rheumatol.* 2009;36(6):1304-11. DOI: 10.3899/jrheum.081090.
- Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *Med Fam-SEMERGEN.* 2016;42(3):177-83. DOI: 10.1016/j.semerg.2015.05.017.
- Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39(3):472-80. DOI: 10.1037/0022-3514.39.3.472.
- Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40. DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_2.
- Cabrera V, Martín-Aragón M, Terol M del C, Núñez R, Pastor M de los Á. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Ter Psicológica.* 2015;33(3):181-93. DOI: 10.4067/S0718-48082015000300003.
- Rico J, Forero MR, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Av En Medición.* 2005;3(1):73-86.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
- Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV): Estructura factorial, características psicométricas y datos normativos. *Rev Psicopatología Psicol Clínica.* 2017;22(2):95. DOI: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.19729.
- Grant RL. Converting an odds ratio to a range of plausible relative risks for better communication of research findings. *BMJ.* 2014;348(jan24 1):f7450-f7450. DOI: 10.1136/bmj.f7450.
- Offenbaecher M, Kohls N, Ewert T, Sigl C, Hieblinger R, Toussaint LL, et al. Pain is not the major determinant of quality of life in fibromyalgia: results from a retrospective "real world" data analysis of fibromyalgia patients. *Rheumatol Int.* 2021;41(11):1995-2006. DOI: 10.1007/s00296-020-04702-5.
- Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;12:117-27. DOI: 10.2147/PRBM.S178240.
- Sener U, Uçok K, Ulasli AM, Genc A, Karabacak H, Coban NF, et al. Evaluation of health-related physical fitness parameters and association analysis with depression, anxiety, and quality of life in patients with fibromyalgia. *Int J Rheum Dis.* 2016;19(8):763-72. DOI: 10.1111/1756-185X.12237.
- Fibromyalgia position paper [Internet]. *Clin Exp Rheumatol.* [citado 13 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=17133>
- Yager J. Addressing Suffering in Patients With Psychiatric Disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2021;209(9):615-21. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001348.
- Pérez Martín Y, Pérez Muñoz M, García Ares D, Fuentes Gallardo I, Rodríguez Costa I. El cuerpo duele, y el dolor social... ¿Duele también? *Aten Primaria.* 2020;52(4):267-72. DOI: 10.1016/j.aprim.2019.10.003.
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(2):318-28. DOI: 10.1136/annrheumdis-2016-209724.
- Chen X, Zou K, Abdullah N, Whiteside N, Sarmanova A, Doherty M, et al. The placebo effect and its determinants in fibromyalgia: meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rheumatol.* 2017;36(7):1623-30 DOI: 10.1007/s10067-017-3595-8.
- Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Med Clin (Barc).* 2017;149(10):441-8. DOI: 10.1016/j.medcli.2017.06.008.
- Fishbain DA, Lewis JE, Gao J. The Pain—Suffering Association, A Review. *Pain Med.* 2015;16(6):1057-72. DOI: 10.1111/pme.12686.