

# Tratamiento del dolor en la fibromialgia

EVIDENCIA, ENFOQUE INTEGRAL Y ESPERANZA



María Tatiana Pantoja Marín



PALMITO BOOKS



# **Tratamiento del dolor en la fibromialgia**

María Tatiana Pantoja Marín

**Palmito Books**





Título: Tratamiento del dolor en la fibromialgia

© María Tatiana Pantoja Marín, 2026

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato digital

1ª edición: marzo 2026

ISBN: 979-13-88294-11-2

DOI: 10.56533/ESHT7721

URL: <https://doi.org/10.56533/ESHT7721>





## Índice

Resumen.....	9
Abstract .....	10
1. Introducción .....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Definición y diagnóstico del síndrome de fibromialgia .....	12
1.3. Epidemiología y factores de riesgo .....	14
1.4. El dolor en el síndrome de fibromialgia .....	14
1.5. Tratamiento del síndrome de fibromialgia .....	15
2. Objetivos.....	17
2.1. Objetivo general .....	17
2.2. Objetivos específicos .....	17
3. Metodología .....	18
3.1. Tipo de estudio.....	18
3.2. Estrategia de búsqueda .....	18
3.3. Criterios de elegibilidad.....	18
3.4. Proceso de selección y síntesis.....	19
4. Resultados .....	20
4.1. Resultados de la búsqueda.....	20
4.2. Tratamiento farmacológico .....	21
4.3. Tratamiento no farmacológico .....	24
4.4. Tratamiento multidisciplinar .....	25
5. Discusión.....	28
6. Conclusiones.....	32
7. Bibliografía.....	33
8. Anexos .....	40
8.1. Anexo 1. Síntesis de estudios con tratamientos farmacológicos .....	40
8.2. Anexo 2. Síntesis de estudios con tratamientos no farmacológicos .....	44



## Resumen

**Introducción:** la fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor crónico generalizado, fatiga, alteraciones del sueño y disfunción cognitiva, cuyo tratamiento sigue siendo un desafío debido a su compleja fisiopatología. Las múltiples dimensiones clínicas de esta patología han impulsado el desarrollo de abordajes terapéuticos diversos, tanto farmacológicos como no farmacológicos. **Objetivo:** analizar la evidencia científica reciente sobre las intervenciones terapéuticas aplicadas al tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, con especial atención a la eficacia de las estrategias farmacológicas, no farmacológicas y su comparación en términos de resultados clínicos. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Web of Science y Scopus. Se identificaron 440 estudios, de los cuales, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 15 estudios para el análisis cualitativo. La búsqueda se limitó a publicaciones entre 2020 y 2025, en texto completo, con diseño experimental o cuasiexperimental. **Resultados:** las intervenciones farmacológicas analizadas, como duloxetina, pregabalina, cannabis medicinal y naltrexona en dosis bajas, ofrecieron beneficios parciales en la reducción del dolor. En cambio, las intervenciones no farmacológicas, como el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual, la educación terapéutica y los programas multicomponente, demostraron efectos sostenidos sobre el dolor y otras dimensiones clínicas, con menor incidencia de efectos adversos. **Conclusiones:** los hallazgos respaldan la integración de tratamientos no farmacológicos como primera línea terapéutica, dentro de un enfoque multidisciplinar e individualizado. Las intervenciones combinadas, adaptadas al perfil de cada paciente, se postulan como las más eficaces en el abordaje integral del dolor en fibromialgia.

**Palabras clave:** fibromialgia; dolor crónico; tratamiento farmacológico; intervenciones no farmacológicas; enfoque multidisciplinar.

## Abstract

**Introduction:** Fibromyalgia is a syndrome characterised by chronic widespread pain, fatigue, sleep disturbances and cognitive dysfunction, the treatment of which remains a challenge due to its complex pathophysiology. The multiple clinical dimensions of this pathology have prompted the development of diverse therapeutic approaches, both pharmacological and non-pharmacological. **Objective:** to analyse recent scientific evidence on therapeutic interventions applied to the treatment of pain in patients with fibromyalgia, with special attention to the efficacy of pharmacological and non-pharmacological strategies and their comparison in terms of clinical outcomes. **Methodology:** a systematic review was carried out in the databases PubMed, PsycINFO, Web of Science and Scopus. A total of 440 studies were identified, from which, after applying inclusion and exclusion criteria, 15 studies were selected for qualitative analysis. The search was limited to publications between 2020 and 2025, in full text, with experimental or quasi-experimental design. **Results:** The pharmacological interventions analysed, such as duloxetine, pregabalin, medical cannabis and low-dose naltrexone, offered partial benefits in pain reduction. In contrast, non-pharmacological interventions, such as physical exercise, cognitive behavioural therapy, therapeutic education and multicomponent programmes, demonstrated sustained effects on pain and other clinical dimensions, with lower incidence of adverse effects. **Conclusions:** The findings support the integration of non-pharmacological treatments as the first line of therapy, within a multidisciplinary and individualised approach. Combined interventions, adapted to the profile of each patient, are postulated as the most effective in the comprehensive approach to pain in fibromyalgia.

**Keywords:** fibromyalgia; chronic pain; pharmacological treatment; non-pharmacological interventions; multidisciplinary approach.

# 1. Introducción

## 1.1. Planteamiento del problema

El síndrome de fibromialgia (SFM) es un trastorno reumático crónico complejo y polifacético que se caracteriza por un dolor corporal generalizado. Esta afección se asocia con frecuencia a síntomas como rigidez, fatiga, trastornos del sueño, problemas cognitivos y diversas manifestaciones psiquiátricas. Los síntomas afectan significativamente a las actividades cotidianas y a la calidad de vida en general, lo que provoca alteraciones en el estilo de vida y las rutinas de un número considerable de personas [1].

Además, el SFM representa una importante carga económica para los sistemas públicos de salud. Las personas con síndrome fibromiálgico suelen acudir a los servicios sanitarios y emplear diversos medicamentos para aliviar sus síntomas. Esta condición eleva significativamente los gastos médicos de los pacientes con SFM [2].

La etiopatogenia del SFM sigue sin conocerse del todo, y el marco fisiopatológico aún no se ha definido con claridad. Sin embargo, se han propuesto varias hipótesis sobre el papel de la sensibilización central en el proceso del dolor. Un subgrupo de pacientes con SFM presenta una disminución de la capacidad de regulación del dolor a través de las vías descendentes, con indicios de una disminución de la actividad serotoninérgica-noradrenérgica. Este concepto se ve respaldado por la eficacia clínica de los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina [3].

En el síndrome fibromiálgico se han observado niveles elevados de neurotransmisores excitatorios, incluidos el glutamato y la sustancia P. Además, se ha demostrado que existen alteraciones en el sistema nervioso central. Además, se han observado alteraciones en la regulación de la dopamina y en la actividad de los opioides cerebrales endógenos [4].

Los cambios en la periferia y la mayor incidencia de estímulos previos pueden desempeñar un papel en la sensibilización central. Las características genéticas, las infecciones, los cambios neuroendocrinos y el aumento del estrés oxidativo son algunos de los elementos que contribuyen a la etiopatogenia del SFM y conducen al desarrollo de manifestaciones clínicas [4].

El tratamiento del SFM tiene como objetivo reducir el dolor, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas psicosociales relacionados con el SFM, ya que, dado que no se conocen las causas del trastorno, no existe un tratamiento definitivo. Los síntomas del SFM merman la capacidad funcional en la vida diaria y provocan pérdidas biopsicosociales. El tratamiento óptimo del SFM debe establecerse en una estructura multimodal y multidisciplinar que se centre en la educación, los fármacos y el tratamiento de la comorbilidad mediante técnicas farmacológicas y no farmacológicas [5].

En el marco de un tratamiento paliativo de los síntomas y dadas las consecuencias sobre la calidad de vida del SFM es necesario llevar a cabo una revisión de los tratamientos más actualizados con el fin de compilar la evidencia empírica disponible que permita la implementación de intervenciones clínicas adecuadas para estos pacientes.

## **1.2. Definición y diagnóstico del síndrome de fibromialgia**

El SFM es una enfermedad compleja y poco conocida. La etiopatogenia no se ha comprendido por completo y las manifestaciones clínicas son inespecíficas y a menudo se solapan con otras enfermedades. Esto complica el proceso de diagnóstico para los profesionales sanitarios. Se han realizado esfuerzos para definir los criterios diagnósticos de esta enfermedad, y en las últimas tres décadas han surgido numerosas clasificaciones y criterios [6].

Los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1990 indican que el dolor corporal generalizado es el principal criterio de clasificación y característica clínica del SFM [7]. Los criterios evaluaban el dolor corporal generalizado, que abarcaba ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, así como el esqueleto axial. Además, se evaluó el recuento de puntos sensibles, que requería dolor a la palpación en 11 o más de los 18 puntos sensibles designados, excluyendo otros síntomas asociados al SFM.

A pesar de la amplia aplicación de estos criterios, con el tiempo han surgido diversas críticas, especialmente en relación con la excesiva atención prestada al dolor corporal generalizado y la omisión de otros síntomas como la fatiga, la rigidez y los trastornos del sueño. Otra cuestión debatida son los procesos de búsqueda, identificación y cuantificación de los puntos sensibles, ya que muchos profesionales no poseen la formación ni la experiencia clínica necesarias [8].

La publicación en 2010 de los criterios diagnósticos preliminares del ACR para el SFM supuso la eliminación de la evaluación de los puntos sensibles del proceso diagnóstico del SFM [9]. Los criterios del ACR de 2010 mejoraron significativamente el proceso de diagnóstico al eliminar la incertidumbre asociada a la subjetividad de la evaluación de los puntos sensibles.

Los criterios ACR 2010 definen el SFM como una enfermedad caracterizada por dolor crónico generalizado acompañado de síntomas somáticos. El Índice de Dolor Generalizado (WPI) y la Escala de Gravedad de los Síntomas (SSS) se sugieren como criterios para el diagnóstico. Los criterios se revisaron en 2011 para mejorar el proceso de diagnóstico y facilitar la realización de estudios epidemiológicos [10].

La WPI abarca 19 localizaciones corporales específicas, requiriendo que el paciente indique dónde experimentó dolor durante la última semana. A cada zona de malestar se le asigna un único punto. En consecuencia, la puntuación máxima alcanzable es 19.

La SSS se determina evaluando factores como la fatiga, los trastornos del sueño, los síntomas cognitivos y las quejas somáticas. Los síntomas se evalúan en una escala de 0 a 3, que refleja su intensidad o cantidad. Un paciente que presente un IPM igual o superior a 7 y una SSS igual o superior a 5, o un IPM entre 3 y 6 junto con una SSS igual o superior a 9, cumple los criterios diagnósticos. El Colegio Americano de Reumatología actualizó los criterios diagnósticos en 2016 y esbozó los siguientes criterios:

- a) El dolor generalizado se refiere a molestias experimentadas en un mínimo de cuatro de las cinco áreas especificadas.
- b) Los síntomas se han observado en una intensidad comparable durante una duración no inferior a 3 meses.
- c) Un WPI igual o superior a 7 y una SSS igual o superior a 5, o un WPI comprendido entre 4 y 6 con una SSS igual o superior a 9.
- d) La validez de un diagnóstico de FMS es independiente de cualquier diagnóstico previo [11].

Los criterios diagnósticos del ACR de 2016 aclaran que los criterios para el SFM siguen siendo válidos incluso en presencia de otras enfermedades clínicamente significativas.

### **1.3. Epidemiología y factores de riesgo**

En Europa, la prevalencia notificada de SFM a escala nacional fue del 1,6% en Francia [12], del 2,1% en Alemania [13] y del 2,4% en España [14] entre los países más representativos. Un metaanálisis reveló que la prevalencia global del FMS en la Eurozona se determinó en un 2,64% [15].

El síndrome de fibromialgia tiene un elevado predominio femenino, que representa el 80-96% [16]. Aun así, una revisión sistemática del SFM en hombres y mujeres de todo el mundo describió que el predominio de la afección es similar en ambos sexos, es decir, aproximadamente el 3,98% en las mujeres y el 2,40% en los hombres [15].

Por otro lado, los importantes gastos sanitarios en los que incurren las personas que buscan con frecuencia atención médica reflejan la calidad de vida a menudo disminuida que experimentan los pacientes con SFM [17]. Los pacientes con SFM requieren casi el doble de consultas anuales en comparación con la población sana. Además, las evaluaciones de los costes sanitarios revelan que los gastos totales asociados a los pacientes con SFM son aproximadamente tres veces mayores que los observados en una muestra aleatoria [18, 19].

### **1.4. El dolor en el síndrome de fibromialgia**

El dolor en la fibromialgia constituye el núcleo clínico y experiencial del síndrome, manifestándose como un dolor musculoesquelético crónico, generalizado y persistente, sin evidencia de daño tisular aparente ni de alteraciones estructurales en el sistema somatosensorial. Esta forma de dolor ha sido clasificada como “nociplástico”, es decir, un tipo de dolor caracterizado por una disfunción en el procesamiento del dolor en el sistema nervioso central, sin signos objetivos de inflamación o lesión periférica [20].

Las pacientes con fibromialgia refieren el dolor como difuso, profundo, constante y resistente a los analgésicos convencionales. Su experiencia va más allá del componente sensorial, ya que el dolor interfiere notablemente con las esferas afectiva, cognitiva y social. Según Argenbright et al. [21], este sufrimiento se experimenta como una vivencia multidimensional, modulada por factores emocionales y cognitivos, donde la hipervigilancia, la fatiga emocional y la sensación de incompreensión agravan el malestar percibido.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el dolor se sostiene por una sensibilización central mantenida. Los estudios más recientes indican que esta amplificación se debe a alteraciones en las vías descendentes inhibitorias del dolor, así como a una hiperactividad de las vías facilitadoras, afectando estructuras como la sustancia gris periacueductal o el tálamo [20,22]. A nivel neuroquímico, se ha documentado un aumento de neurotransmisores excitadores como el glutamato y la sustancia P, junto a una disminución de serotonina y norepinefrina, lo que facilita la hiperalgesia y la alodinia [22].

Además de estos mecanismos centrales, se han descrito componentes periféricos y neuroinmunológicos. Según Paroli et al. [23], existe creciente evidencia de una activación del sistema inmune innato en personas con fibromialgia, incluyendo elevación de citoquinas proinflamatorias (IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ ), activación de mastocitos y disfunción de las células gliales. Esta neuroinflamación parece contribuir a la disfunción en la modulación del dolor y al desarrollo de síntomas sistémicos como la fatiga y el deterioro cognitivo.

La heterogeneidad de los mecanismos implicados y la ausencia de un marcador biológico específico hacen que el diagnóstico se base en criterios clínicos, centrados en la distribución y persistencia del dolor y la coexistencia de otros síntomas como trastornos del sueño, ansiedad o deterioro cognitivo [24]. Así, el dolor en la fibromialgia debe entenderse no solo como una señal anómala, sino como una vivencia compleja, modulada por factores neurobiológicos, inmunológicos y psicosociales, cuya comprensión integral es clave para su abordaje terapéutico.

### **1.5. Tratamiento del síndrome de fibromialgia**

El tratamiento del SFM incluye una combinación de fármacos e intervenciones psicosociales con las que se pretende proporcionar al paciente de una mayor calidad de vida. El enfoque farmacológico del tratamiento de la fibromialgia puede complementar las estrategias comentadas anteriormente; sin embargo, la medicación se utiliza únicamente para el tratamiento de los síntomas. La elección de los fármacos debe centrarse en los síntomas más prevalentes que pueda presentar el paciente, como el dolor, los problemas de sueño y la angustia psicológica [18].

La relación entre depresión y fibromialgia suele llevar a la prescripción de antidepresivos. No obstante, las investigaciones indican que la eficacia de estos medicamentos no depende de su

impacto sobre los síntomas depresivos [19]. Los estudios clínicos indican que los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), junto con el antidepresivo tricíclico amitriptilina, proporcionan ventajas terapéuticas significativas para las personas que padecen fibromialgia [25]. Además, los antiepilépticos se desarrollaron inicialmente para el tratamiento de las crisis epilépticas; sin embargo, su aplicación se ha ampliado para incluir el tratamiento del dolor neuropático y la fibromialgia [25]. Una revisión sistemática de los antiepilépticos para la fibromialgia reveló que sólo la pregabalina demostró una eficacia moderada. Esta revisión indicó un número necesario a tratar (NNT) que oscilaba entre 4 y 14 para conseguir una reducción del dolor del 50% o superior. La revisión de otros medicamentos antiepilépticos, como el clonazepam, la fenitoína, el ácido valproico, la carbamazepina, la lamotrigina, la oxcarbazepina y el topiramato, indica que las pruebas que apoyan su eficacia en la reducción del dolor son mínimas o nulas [25].

Junto al tratamiento farmacológico se recomienda la aplicación de intervenciones psicosociales que incluyen educación sobre el dolor, terapia cognitiva, ejercicio y atención a la nutrición, entre otras. Se aconseja educar a los pacientes como enfoque inicial en el tratamiento de la fibromialgia. Educar a los pacientes puede tranquilizarlos en cuanto a la gravedad, el pronóstico y la legitimidad de su enfermedad [26]. Por otra parte, las terapias psicológicas han demostrado su eficacia en diversos trastornos dolorosos, como el dolor crónico y la lumbalgia crónica [27]. Ciertos estudios han indicado que las personas con fibromialgia tienden a favorecer el tratamiento psicológico [28].

Cada vez se reconoce más que el ejercicio es un componente crucial para abordar el dolor y las limitaciones funcionales relacionadas con la fibromialgia. La hipoalgesia inducida por el ejercicio es un mecanismo propuesto que sugiere que la práctica de ejercicio aeróbico puede reducir el dolor, lo que está relacionado con una combinación de oxigenación muscular mejorada, liberación natural de opioides a través de las contracciones musculares, disminución de la hiperactividad del sistema simpático y avances en los factores psicosociales [29].

Por último, los enfoques dietéticos para las personas con fibromialgia tienen el objetivo de mitigar la inflamación sistémica que podría estar relacionada con sus molestias. La adhesión a un marco dietético nutritivo que haga hincapié en la ingesta de verduras, aceite de oliva virgen extra y alimentos ricos en antioxidantes ha demostrado resultados beneficiosos en personas con fibromialgia [30].

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Analizar la evidencia científica actual sobre el abordaje terapéutico del síndrome de fibromialgia, con el fin de identificar los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos más efectivos para la mejora de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Examinar las principales estrategias farmacológicas utilizadas en el tratamiento de la fibromialgia, evaluando su eficacia en la reducción del dolor y otros síntomas asociados.
2. Describir las intervenciones no farmacológicas, como el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual y los cambios en el estilo de vida, y su impacto en el manejo integral de la fibromialgia.
3. Identificar las recomendaciones actuales basadas en la evidencia científica para el tratamiento multidisciplinar del síndrome de fibromialgia y su aplicación en la práctica clínica.

### **3. Metodología**

#### **3.1. Tipo de estudio**

Se ha diseñado una revisión bibliográfica narrativa conforme a las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para asegurar la transparencia y la exhaustividad en la recopilación y síntesis de la evidencia científica [31].

#### **3.2. Estrategia de búsqueda**

La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos electrónicas: PubMed, PsycINFO, Web of Science y SCOPUS. Los términos de búsqueda fueron:

- "Fibromyalgia"

- "Pharmacological Therapy" OR "Non-Pharmacological Treatment"

Estos términos de búsqueda se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR para dar lugar a la siguiente ecuación de búsqueda adaptada a cada base de datos:

PubMed: ("Fibromyalgia"[MeSH Terms] AND ("Pharmacological Therapy"[All Fields] OR "Non-Pharmacological Treatment"[All Fields]))

PsycINFO: DE "Fibromyalgia" AND (TX "Pharmacological Therapy" OR TX "Non-Pharmacological Treatment")

Web of Science: TS=("Fibromyalgia") AND TS=("Pharmacological Therapy" OR "Non-Pharmacological Treatment")

SCOPUS: TITLE-ABS-KEY("Fibromyalgia") AND TITLE-ABS-KEY("Pharmacological Therapy" OR "Non-Pharmacological Treatment")

Se aplicaron los filtros de período de búsqueda (2020-2025), tipo de estudio (ensayos clínicos y estudios observacionales) e idioma (inglés y español).

#### **3.3. Criterios de elegibilidad**

Criterios de inclusión:

- Estudios publicados entre los años 2020 y 2025.

- Artículos en idioma inglés o español.
- Investigaciones centradas en adultos diagnosticados con fibromialgia, según criterios reconocidos (ACR u otros).
- Estudios que analicen tratamientos farmacológicos y/o no farmacológicos orientados a la reducción del dolor y/o mejora de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.
- Diseños metodológicos incluidos: ensayos clínicos.

Criterios de exclusión:

- Estudios que no aborden específicamente el dolor relacionado con la fibromialgia.
- Investigaciones centradas exclusivamente en otras patologías reumatológicas o síndromes de dolor crónico sin especificar fibromialgia.
- Artículos de tipo editorial, cartas al editor, opiniones o revisiones narrativas o sistemáticas.
- Estudios realizados en población pediátrica o adolescentes, a menos que se especifique claramente el diagnóstico de fibromialgia.
- Publicaciones sin acceso al texto completo.

### **3.4. Proceso de selección y síntesis**

El proceso de selección se desarrolló en tres fases. En primer lugar, se identificaron los estudios mediante la búsqueda en las bases de datos seleccionadas, y los resultados se gestionaron para eliminar duplicados. Posteriormente, se realizó un cribado de títulos y resúmenes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Aquellos estudios potencialmente relevantes fueron evaluados en texto completo.

Finalmente, se incluyeron únicamente los estudios que cumplieran con todos los criterios de elegibilidad. La síntesis de la información se organizó en torno a los principales enfoques terapéuticos farmacológicos y no farmacológicos, analizando sus efectos sobre el dolor y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia. Se llevó a cabo un análisis cualitativo para identificar tendencias, coincidencias y diferencias entre los tratamientos revisados.

## **4. Resultados**

### **4.1. Resultados de la búsqueda**

En el proceso de búsqueda sistemática se identificaron un total de 440 documentos a través de las bases de datos seleccionadas: PubMed, PsycINFO, Web of Science y Scopus.

No se hallaron registros adicionales mediante otras fuentes. Tras la eliminación de duplicados, se conservaron 317 documentos para su cribado.

De estos, se evaluaron 89 a texto completo, de los cuales 37 cumplieron los criterios para una evaluación más detallada. Finalmente, 15 estudios fueron incluidos en el análisis cualitativo.

Por bases de datos, PubMed arrojó 52 resultados, de los cuales 17 se publicaron entre 2020 y 2025. Solo 2 fueron ensayos clínicos, y tras aplicar los filtros de texto completo y criterios de inclusión, se seleccionó 1 estudio.

En PsycINFO, se localizaron 12 estudios, 3 dentro del intervalo temporal reciente, sin ensayos clínicos identificados ni estudios seleccionados.

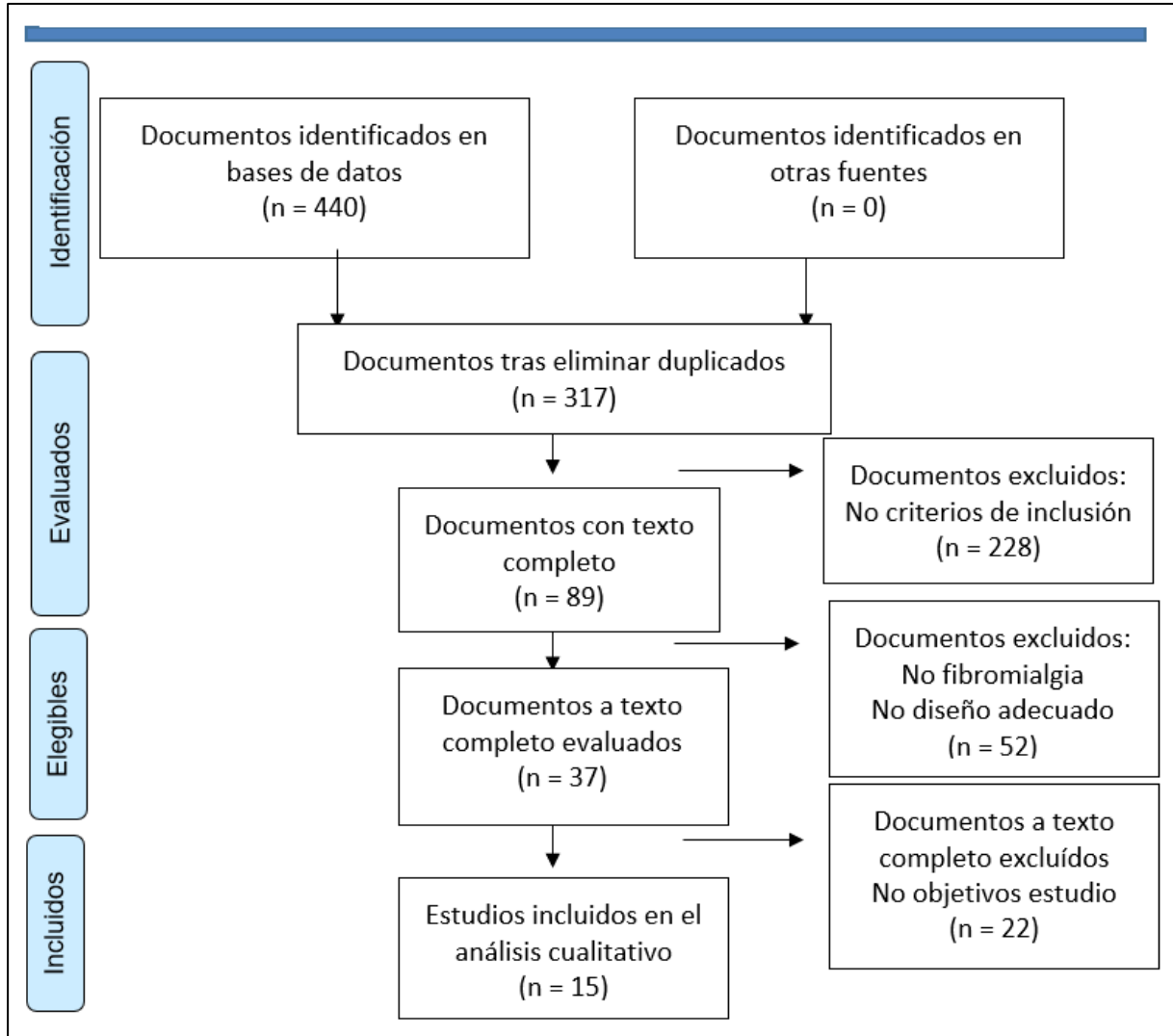
Web of Science aportó 107 registros, 53 de los cuales fueron publicados entre 2020 y 2025. Se accedió al texto completo de 36, encontrándose 21 ensayos clínicos, de los cuales 12 fueron seleccionados.

Finalmente, en Scopus se localizaron 269 documentos, 119 recientes, 68 empíricos, 50 a texto completo y 12 ensayos clínicos; sin embargo, solo 2 cumplieron con los criterios establecidos para su inclusión.

A continuación, se presenta el diagrama de flujo modelo PRISMA (Figura 1).

En las Tablas 1 y 2 de Anexos se encuentra la síntesis de los estudios seleccionados.

Figura 1. Diagrama de flujo modelo PRISMA



#### 4.2. Tratamiento farmacológico

En el estudio realizado por Bruti et al. [32], se exploró la eficacia de la duloxetina, un inhibidor dual de la recaptación de serotonina y noradrenalina, en pacientes que presentaban simultáneamente fibromialgia y trastorno temporomandibular. La duloxetina fue administrada por vía oral a una dosis ajustada progresivamente durante el estudio. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibió solo duloxetina y a otro que combinó el fármaco con una terapia oclusal (OPT). Ambos grupos mostraron una mejoría significativa en la intensidad del dolor, el impacto de la fibromialgia, la depresión y la ansiedad. Sin embargo, la combinación con OPT no supuso una ventaja terapéutica clara, aunque sí se asoció a una mejor tolerancia de la medicación. Esta intervención se justifica por la acción de la duloxetina

sobre los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico descendentes implicados en la modulación del dolor.

Por su parte, Salaffi et al. [33] evaluaron la eficacia de una intervención farmacológica combinada, que integraba duloxetina (60 mg/día) o pregabalina (150 mg/día) con palmitoiletanolamida (PEA, 600 mg/día) y acetil-L-carnitina (500 mg/día), todos ellos administrados por vía oral. Este enfoque sinérgico demostró una mejora más marcada en el impacto global de la enfermedad y en los niveles de dolor, en comparación con el uso de duloxetina o pregabalina por separado. La inclusión de PEA y acetil-L-carnitina se basa en su potencial para modular la neuroinflamación y mejorar la bioenergética celular, respectivamente, lo que refuerza su uso como coadyuvantes.

En una línea de investigación centrada en el cannabis medicinal, Chaves et al. [34] llevaron a cabo un ensayo doble ciego controlado con placebo en el que administraron aceite de cannabis rico en THC por vía sublingual (específicamente una fórmula con 24 mg/ml de THC y menos de 1 mg/ml de CBD) a mujeres con fibromialgia durante ocho semanas. El grupo tratado con cannabis mostró una reducción significativa en la puntuación del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), así como mejoras en los síntomas individuales, como el dolor, la fatiga y la funcionalidad. Estos resultados sugieren que el cannabis puede tener un papel relevante como tratamiento complementario, aunque se requiere más evidencia sobre su seguridad a largo plazo, especialmente considerando la variabilidad de respuesta individual y los posibles efectos secundarios psicoactivos del THC.

También en relación con el uso de cannabinoides, van Dam et al. [35] evaluaron la combinación de cannabis vaporizado (con contenido equilibrado de THC y CBD) con oxicodona en un ensayo clínico abierto. El objetivo fue comprobar si el cannabis podía reducir el consumo de opioides sin disminuir la eficacia analgésica. Los participantes recibieron oxicodona oral en dosis individualizadas y vaporizaron cannabis según un protocolo controlado. Los resultados indicaron que la combinación no solo fue efectiva en la reducción del dolor, sino que además disminuyó la necesidad de oxicodona y redujo la aparición de efectos adversos, lo que refuerza el interés por las estrategias que permiten reducir la dependencia de opioides en esta población.

En cuanto a las estrategias neuromoduladoras, Hendges de Paula et al. [36] analizaron la combinación de naltrexona en dosis bajas (4,5 mg/día por vía oral) con estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS) aplicada sobre la corteza motora primaria durante 20 minutos al día, cinco veces por semana, durante dos semanas. Se organizaron cuatro grupos: LDN + tDCS, LDN + placebo, placebo + tDCS y placebo + placebo. El grupo que recibió LDN y tDCS mostró reducciones significativas del dolor, así como mejoras en la modulación condicionada del dolor y en los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), lo cual indica un impacto beneficioso en la plasticidad sináptica y la respuesta neurosensorial al dolor. Esta intervención se justifica por el papel dual de la LDN como modulador del sistema inmune y la tDCS como herramienta para facilitar la neuroplasticidad cortical.

Otra propuesta farmacológica fue evaluada por Macián et al. [37], quienes estudiaron la administración de magnesio oral (100 mg/día) en un grupo de pacientes con fibromialgia. A lo largo de ocho semanas, los participantes tratados con magnesio mostraron mejoras significativas en el estrés moderado, así como una reducción en los niveles de dolor. Sin embargo, estos beneficios no se observaron en pacientes con niveles altos o bajos de estrés, lo que sugiere que el perfil psicológico de base puede modular la respuesta a este tipo de intervenciones. El magnesio se propone como coadyuvante por su implicación en funciones neuromusculares y su posible influencia en la excitabilidad neuronal.

Mueller et al. [38] investigaron el uso del dextrometorfano, un antagonista del receptor NMDA, en un diseño longitudinal con administración oral de 20 mg/día. Los participantes recibieron placebo durante cinco semanas y luego dextrometorfano durante diez semanas, evaluando el dolor a través de escalas diarias. Aunque el análisis primario no arrojó diferencias estadísticamente significativas, el análisis exploratorio mostró una reducción progresiva del dolor con la administración de dextrometorfano, lo que justifica futuros estudios con mayor potencia estadística y seguimiento más prolongado. El fármaco fue elegido por su capacidad teórica para inhibir la sensibilización central.

Finalmente, Böhm et al. [39] examinaron el efecto de la espironolactona en dosis altas (200 mg/día, vía oral) frente a placebo en mujeres con fibromialgia durante un período de 12 semanas. Aunque el tratamiento fue seguro y bien tolerado, no se observaron beneficios significativos en la reducción del dolor ni en la mejoría del impacto funcional de la fibromialgia. Sí se registraron alteraciones transitorias en el potasio sérico y la tasa de filtración glomerular,

lo que requiere vigilancia clínica si se opta por este tratamiento en la práctica. Su inclusión en el estudio responde a su efecto antiinflamatorio potencial y modulación del sistema mineralocorticoide.

#### **4.3. Tratamiento no farmacológico**

El segundo objetivo específico de esta revisión consistió en identificar y analizar las intervenciones no farmacológicas más utilizadas en el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, con especial atención a su efectividad y a las variables clínicas relacionadas.

Una de las estrategias con mayor respaldo empírico ha sido el ejercicio terapéutico. El estudio realizado por Izquierdo-Alventosa et al. [40] evaluó un programa de ejercicio físico de baja intensidad que combinaba entrenamiento de resistencia y coordinación, aplicado durante ocho semanas. Las participantes del grupo experimental mostraron mejoras significativas en múltiples dimensiones, incluyendo el catastrofismo ante el dolor, la ansiedad, la depresión, el estrés y la calidad de vida. Asimismo, se observó un aumento del umbral de dolor a la presión, lo que sugiere una modulación positiva de la sensibilidad nociceptiva. Estos resultados destacan el valor de los programas de ejercicio adaptados e individualizados en la mejora de los síntomas centrales de la fibromialgia.

En la misma línea, Hernando-Garijo et al. [41] propusieron un programa de telerehabilitación basado en ejercicio aeróbico, desarrollado durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. La intervención, guiada por vídeo y monitorizada mediante la escala de Borg, demostró mejoras significativas en la intensidad del dolor, la sensibilidad al dolor mecánico y el distrés psicológico. A diferencia del grupo control, que no mostró cambios relevantes, el grupo de telerehabilitación mejoró también en aspectos funcionales como la fuerza del tren superior y la capacidad de marcha. Esta propuesta subraya la viabilidad y eficacia del abordaje telemático, especialmente en contextos de limitación del acceso presencial.

El trabajo de Rivas Neira et al. [42] comparó la eficacia de la terapia acuática frente a la terapia en tierra en mujeres con fibromialgia, concluyendo que ambas modalidades generaban mejoría, pero que la terapia acuática fue superior en la reducción del dolor y en la mejora de la calidad del sueño tras el seguimiento. La utilización del medio acuático como entorno terapéutico parece ofrecer ventajas específicas, como la disminución del impacto articular y la

facilitación del movimiento, favoreciendo la adherencia y la percepción positiva del tratamiento.

En cuanto a las terapias manuales, Nadal-Nicolás et al. [43] llevaron a cabo un ensayo clínico en el que se aplicó masaje de tejido conectivo en la musculatura cervical de mujeres con fibromialgia, en comparación con un grupo placebo tratado con ultrasonido simulado. El grupo que recibió terapia manual presentó una reducción significativa del dolor, la fatiga y la ansiedad, lo que respalda el papel modulador de la terapia física manual sobre el tono muscular y el sistema nervioso autónomo en pacientes con dolor crónico.

Otra modalidad efectiva fue evaluada por Ducamp et al. [44], quienes analizaron los efectos de un programa de educación terapéutica del paciente (TPE) añadido a una terapia termal estandarizada (SST). Aunque ambos grupos mejoraron, aquellos que recibieron la intervención combinada presentaron una mejor adherencia a la actividad física y una tendencia favorable en la puntuación del FIQ. Estos hallazgos refuerzan el valor de la educación en salud como facilitador del autocuidado y la gestión activa de la enfermedad.

En el plano psicológico, Hedman-Lagerlöf et al. [45] compararon dos modalidades de terapia cognitivo-conductual en línea: una centrada en la exposición (Exp-CBT) y otra tradicional (T-CBT). Ambos grupos mostraron mejoras significativas en la calidad de vida, la fatiga y el impacto de la fibromialgia, sin diferencias significativas entre ellos. Esto sugiere que las terapias psicológicas a distancia, independientemente de su enfoque específico, pueden ser efectivas en la modulación del dolor y el afrontamiento emocional en estos pacientes.

Finalmente, Gentile et al. [46] evaluaron un programa domiciliario multicomponente, que incluía ejercicios físicos, seguimiento médico y recomendaciones personalizadas. Además de mejoras en el impacto de la enfermedad y en la calidad de vida, se observaron cambios positivos en parámetros tisulares asociados al dolor, medidos mediante biopsias cutáneas, lo que aporta evidencia sobre la correlación entre la intervención clínica y la respuesta biológica.

#### **4.4. Tratamiento multidisciplinar**

El tercer objetivo específico de esta revisión sistemática fue comparar la eficacia de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia.

Las intervenciones farmacológicas revisadas se centraron principalmente en el uso de fármacos con acción neuromoduladora o antidepresiva, como duloxetina, pregabalina, dextrometorfano o naltrexona en dosis bajas. Si bien algunos ensayos mostraron mejoras significativas en los niveles de dolor, como en el caso del uso combinado de duloxetina o pregabalina con palmitoiletanolamida y acetil-L-carnitina [33], o el cannabis medicinal rico en THC [34], estas intervenciones tienden a estar limitadas por efectos secundarios, variabilidad interindividual en la respuesta y necesidad de supervisión médica continua. Además, otros tratamientos como la espironolactona [39] o el dextrometorfano [38] no mostraron beneficios clínicos significativos en los análisis primarios, aunque se toleraron bien y ofrecen posibles líneas de investigación futura.

En contraste, las intervenciones no farmacológicas demostraron una eficacia más sostenida y transversal sobre distintos dominios clínicos, además de un perfil de seguridad superior. Programas de ejercicio físico estructurado, como el propuesto por Izquierdo-Alventosa et al. [40], lograron no solo una reducción del dolor, sino también una mejora significativa en parámetros psicológicos como el catastrofismo, la ansiedad y la depresión. Este efecto se replicó en estudios con enfoque telemático [41], así como en contextos acuáticos [42], donde el medio facilitó la movilidad y redujo la carga articular. Asimismo, el masaje de tejido conectivo aplicado por Nadal-Nicolás et al. [43] evidenció beneficios clínicos similares a los observados en intervenciones farmacológicas, particularmente en la disminución del dolor y la fatiga.

Además, las terapias psicológicas, como la cognitivo-conductual en sus versiones tradicional y basada en exposición, también mostraron resultados positivos, aunque sin diferencias destacadas entre enfoques [45]. Esto indica que la estructura y continuidad de la intervención, más que el formato específico, puede ser un factor decisivo en la evolución clínica del paciente con fibromialgia. En el mismo sentido, los programas multicomponente como el evaluado por Gentile et al. [46], que combinaban actividad física con seguimiento clínico y asesoramiento personalizado, permitieron obtener mejoras tanto en el impacto funcional como en marcadores biológicos relacionados con el dolor.

En términos comparativos, las intervenciones no farmacológicas tienden a mostrar un efecto positivo más amplio sobre aspectos funcionales, emocionales y de calidad de vida, mientras que las terapias farmacológicas se centran en el control sintomático del dolor, con resultados

más localizados y variables. Aunque algunos fármacos han demostrado ser eficaces, la literatura analizada indica que el uso exclusivo de medicamentos rara vez resulta suficiente para alcanzar un control clínico satisfactorio en pacientes con fibromialgia. De hecho, la mayor efectividad parece lograrse mediante intervenciones combinadas, que integran estrategias farmacológicas y no farmacológicas, ajustadas a las características individuales del paciente.

## 5. Discusión

El propósito de este estudio fue analizar la evidencia científica más reciente sobre las intervenciones terapéuticas aplicadas al tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia, con el objetivo de identificar cuáles son las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más eficaces en la mejora de los síntomas y la calidad de vida. La revisión bibliográfica incluyó un total de quince estudios, seleccionados tras un riguroso proceso de búsqueda y filtrado en bases de datos relevantes.

Los resultados revelan que, si bien las intervenciones farmacológicas como los antidepresivos duales, los cannabinoides y los moduladores neurológicos han mostrado ciertos beneficios en la reducción del dolor, su eficacia tiende a ser parcial y condicionada por factores individuales, además de asociarse con efectos adversos en algunos casos. Por el contrario, las intervenciones no farmacológicas, en particular el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual, la educación terapéutica y las terapias multicomponente, demostraron beneficios más amplios y sostenidos no solo en el dolor, sino también en variables psicológicas y funcionales. En conjunto, los hallazgos respaldan la adopción de un enfoque multidisciplinar e individualizado en el tratamiento de la fibromialgia, donde las estrategias no farmacológicas ocupan un lugar prioritario dentro del plan terapéutico global.

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática coinciden con la literatura científica más reciente al destacar que los tratamientos farmacológicos ofrecen beneficios modestos en el manejo del dolor en pacientes con fibromialgia. En los estudios analizados, los fármacos más comúnmente utilizados fueron antidepresivos duales como la duloxetina, neuromoduladores como la pregabalina, y otras sustancias en investigación como la naltrexona a dosis bajas o el dextrometorfano. En general, estos tratamientos mostraron eficacia parcial, con reducciones moderadas del dolor y mejoras puntuales en la calidad de vida o el sueño, pero frecuentemente acompañados de efectos adversos que limitan su uso continuado.

La literatura externa consultada refuerza estos hallazgos. Maffei [47] indica que los fármacos actualmente disponibles ofrecen alivio sintomático solo en una proporción limitada de pacientes, con tasas de respuesta del 10 % al 25 %, especialmente en términos de reducción del dolor en un 50 % o más. De forma similar, Alorfi [48] señala que los tratamientos como milnacipran, duloxetina y pregabalina, aunque aprobados por agencias regulatorias, han

demostrado una eficacia clínica limitada en los ensayos de fase IV, y que ningún tratamiento farmacológico aborda de forma integral la fisiopatología compleja de la fibromialgia. Por su parte, Ram et al. [49] sostienen que, si bien algunos fármacos como los antidepresivos y anticonvulsivos pueden ser útiles, sus limitaciones en eficacia y tolerancia han impulsado la búsqueda de enfoques terapéuticos alternativos.

En relación con el segundo objetivo específico, los resultados de esta revisión sistemática ponen de relieve la relevancia clínica de las intervenciones no farmacológicas en el abordaje del dolor asociado a la fibromialgia. Los estudios incluidos demostraron que las terapias físicas, la telerehabilitación, el ejercicio multicomponente, las terapias manuales, la educación terapéutica y las intervenciones psicológicas presentan una efectividad notable, no solo en la reducción del dolor, sino también en la mejora de variables psicológicas como la ansiedad, la depresión y la calidad del sueño.

Estas conclusiones están en consonancia con los datos recopilados en la literatura especializada. Bidonde et al. [50], en una revisión general de estudios Cochrane, encontraron evidencia de baja a moderada certeza sobre los efectos clínicamente relevantes del ejercicio aeróbico y la terapia cognitivo-conductual para reducir el dolor y las dificultades funcionales en personas con fibromialgia, con beneficios mantenidos hasta 24 semanas tras la intervención. De igual manera, Conversano et al. [51] sostienen que las intervenciones basadas en la educación para la salud, integradas en un enfoque psicoeducativo y multidisciplinar, producen mejoras sostenidas en la calidad de vida y en la gestión del dolor, más allá de lo que ofrecen los tratamientos farmacológicos aislados.

Además, las recomendaciones de la EULAR [52] respaldan firmemente el ejercicio físico como tratamiento de primera línea y sugieren que las intervenciones no farmacológicas, como la terapia psicológica o los programas multicomponente, deben preceder a la farmacoterapia. Esta preferencia se justifica no solo por la eficacia, sino también por el perfil de seguridad superior y la menor tasa de efectos secundarios asociados.

En general, la evidencia respalda el uso prioritario de las estrategias no farmacológicas como pilar fundamental en el tratamiento integral de la fibromialgia, destacando su eficacia sostenida y su capacidad para abordar múltiples dominios sintomáticos de la enfermedad.

Los hallazgos correspondientes al tercer objetivo específico evidencian que las intervenciones no farmacológicas igualan o superan en eficacia a los tratamientos farmacológicos en el manejo del dolor en pacientes con fibromialgia, especialmente cuando se consideran variables asociadas como la funcionalidad, el sueño y el bienestar psicológico. A diferencia de los fármacos, que suelen actuar sobre síntomas aislados y cuya eficacia tiende a ser parcial y transitoria, las intervenciones no farmacológicas se han mostrado más consistentes y sostenidas en el tiempo.

Esta tendencia es respaldada por la literatura científica más reciente. Bidonde et al. [50] concluyen que las terapias como el ejercicio mixto y la terapia cognitivo-conductual (TCC) presentan efectos clínicamente relevantes no solo en la reducción del dolor, sino también en la calidad de vida relacionada con la salud, con un número necesario a tratar (NNT) favorable y un perfil de seguridad superior al de los medicamentos. Asimismo, las guías revisadas por Macfarlane et al. [52] proponen un enfoque escalonado que comienza con la educación del paciente y las terapias no farmacológicas como primera línea de tratamiento, dejando los fármacos para casos de mayor gravedad o de respuesta insuficiente. En esta línea, Conversano et al. [46] destacan la utilidad del enfoque psicoeducativo y multidisciplinar como alternativa eficaz frente a los tratamientos convencionales.

Aunque algunos fármacos, como duloxetina o pregabalina, han mostrado resultados positivos en contextos controlados, su eficacia es generalmente limitada a corto plazo y con posibles efectos adversos. En cambio, las estrategias no farmacológicas, además de reducir el dolor, promueven el empoderamiento del paciente, mejoran la adherencia al tratamiento y reducen la dependencia del sistema sanitario.

Estos datos refuerzan la recomendación de priorizar las intervenciones no farmacológicas como parte esencial del tratamiento multidisciplinar, reservando los fármacos para su uso complementario o en casos específicos según la respuesta individual del paciente.

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, aunque se realizó una búsqueda sistemática en cuatro bases de datos científicas reconocidas, es posible que algunos estudios relevantes no hayan sido incluidos debido a restricciones de idioma, disponibilidad de texto completo o

publicación fuera de los canales indexados. La exclusión de literatura gris y de documentos no revisados por pares puede haber limitado el alcance de la revisión.

En segundo lugar, la heterogeneidad metodológica de los estudios seleccionados representa una limitación importante. Las diferencias en los diseños de investigación, tamaños muestrales, duraciones de las intervenciones y medidas de resultado utilizadas dificultan la comparación directa entre estudios y la posibilidad de realizar un análisis cuantitativo conjunto, como un metaanálisis. Esta variabilidad también afecta a la generalización de los resultados, ya que muchas intervenciones fueron evaluadas en contextos muy específicos o con muestras reducidas.

Además, la mayoría de los estudios revisados presentan un riesgo potencial de sesgo debido a la falta de cegamiento, el uso de autoinformes como principal herramienta de evaluación o la ausencia de seguimiento a largo plazo, lo que limita la evaluación de la sostenibilidad de los efectos observados. Por otro lado, la concentración de intervenciones en población femenina, aunque coherente con la mayor prevalencia de fibromialgia en mujeres, impide una adecuada representación de otros grupos poblacionales.

Finalmente, si bien se ha intentado establecer comparaciones entre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, la diversidad en la calidad y número de estudios disponibles para cada tipo de intervención impide una comparación completamente equilibrada. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos obtenidos ofrecen una visión actualizada y relevante para la práctica clínica y constituyen una base sólida para futuras investigaciones más específicas y controladas.

## 6. Conclusiones

1. Debido a la complejidad clínica y multifactorial de la fibromialgia, las estrategias más eficaces no se centran exclusivamente en el uso de fármacos, sino que combinan intervenciones físicas, psicológicas y educativas en un modelo de atención integral, individualizado y sostenido en el tiempo.
2. Las intervenciones farmacológicas como duloxetina, pregabalina, cannabis medicinal, naltrexona en dosis bajas y dextrometorfano pueden ofrecer alivio parcial del dolor, especialmente cuando se combinan con otras sustancias o dispositivos terapéuticos. No obstante, su eficacia es generalmente limitada y frecuentemente asociada a efectos adversos., lo que restringe su uso como tratamiento exclusivo y refuerza la necesidad de enfoques más amplios y personalizados.
3. Las intervenciones no farmacológicas, entre ellas el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual, la educación terapéutica, la telerehabilitación, las terapias acuáticas y los programas multicomponente, han demostrado una efectividad consistente en la reducción del dolor y en la mejora de variables psicológicas, funcionales y de calidad de vida. Además, presentan un perfil de seguridad favorable y una alta aceptabilidad por parte de los pacientes, lo que justifica su inclusión como primera línea de tratamiento en la práctica clínica.
4. La comparación entre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas revela que estas últimas no solo igualan, sino que en muchos casos superan los efectos de los fármacos en el manejo integral del dolor. Los tratamientos más eficaces parecen ser aquellos que combinan diferentes modalidades terapéuticas en un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona, y adaptado a sus necesidades individuales.

## 7. Bibliografía

1. Álvarez-Gallardo IC, Estévez-López F, Torres-Aguilar XC, Segura-Jiménez V, Borges-Cosic M, Soriano-Maldonado A, et al. Physical activity, sedentary behaviour, physical fitness, and cognitive performance in women with fibromyalgia who engage in reproductive and productive work: the al-Ándalus project. *Clin Rheumatol*. 2019 Dec;38(12):3585-3593. doi: 10.1007/s10067-019-04750-8
2. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, Clauw DJ, Whipple MO, Oh TH, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013 May;65(5):786-92. doi: 10.1002/acr.21896
3. Ariani A, Bazzichi L, Sarzi-Puttini P, Salaffi F, Manara M, Prevete I, et al. The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia Best practices based on current scientific evidence. *Reumatismo*. 2021 Aug 3;73(2):89-105. doi: 10.4081/reumatismo.2021.1362
4. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci*. 2021 Apr 9;22(8):3891. doi: 10.3390/ijms22083891
5. Alberti FF, Becker MW, Blatt CR, Ziegelmann PK, da Silva Dal Pizzol T, et al. Comparative efficacy of amitriptyline, duloxetine and pregabalin for treating fibromyalgia in adults: an overview with network meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2022 Jul;41(7):1965-1978. doi: 10.1007/s10067-022-06129-8
6. Kumbhare D, Ahmed S, Watter S. A narrative review on the difficulties associated with fibromyalgia diagnosis. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2018 Jan;10(1):13-26. doi: 10.1177/1759720X17740076
7. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990 Feb;33(2):160-72. doi: 10.1002/art.1780330203
8. Heymann RE, Paiva ES, Martinez JE, Helfenstein M Jr, Rezende MC, Provenza JR, et al. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2017;57 Suppl 2:467-476. doi: 10.1016/j.rbre.2017.07.002

9. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May;62(5):600-10. doi: 10.1002/acr.20140
10. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2011 Jun;38(6):1113-22. doi: 10.3899/jrheum.100594
11. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Dec;46(3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012
12. Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaud P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskelet Disord*. 2011 Oct 7;12:224. doi: 10.1186/1471-2474-12-224
13. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013 May;65(5):777-85. doi: 10.1002/acr.21931
14. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B; 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. *Clin Exp Rheumatol*. 2008 Jul-Aug;26(4):519-26
15. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017 Sep;37(9):1527-1539. doi: 10.1007/s00296-017-3725-2
16. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Med Clin (Barc)*. 2017 Nov 22;149(10):441-448. doi: 10.1016/j.medcli.2017.06.008
17. Lachaine J, Beauchemin C, Landry PA. Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain*. 2010 May;26(4):284-90. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181cf599f

18. Kwiatek R. Treatment of fibromyalgia. *Aust Prescr*. 2017 Oct;40(5):179-183. doi: 10.18773/austprescr.2017.056
19. Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza DN, Goldstein DJ, Iyengar S, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. *Pain*. 2005 Dec 15;119(1-3):5-15. doi: 10.1016/j.pain.2005.06.031
20. Murphy AE, Minhas D, Clauw DJ, Lee YC. Identifying and Managing Nociceptive Pain in Individuals With Rheumatic Diseases: A Narrative Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2023 Oct;75(10):2215-2222. doi: 10.1002/acr.25104
21. Argenbright CM, Bertlesman AM, Russell IM, Greer TL, Peng YB, Fuchs PN. The Fibromyalgia Pain Experience: A Scoping Review of the Preclinical Evidence for Replication and Treatment of the Affective and Cognitive Pain Dimensions. *Biomedicines*. 2024 Apr 2;12(4):778. doi: 10.3390/biomedicines12040778
22. Siracusa R, Paola RD, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: Pathogenesis, Mechanisms, Diagnosis and Treatment Options Update. *Int J Mol Sci*. 2021 Apr 9;22(8):3891. doi: 10.3390/ijms22083891
23. Paroli M, Gioia C, Accapezzato D, Caccavale R. Inflammation, Autoimmunity, and Infection in Fibromyalgia: A Narrative Review. *Int J Mol Sci*. 2024 May 29;25(11):5922. doi: 10.3390/ijms25115922
24. Jurado-Priego LN, Cueto-Ureña C, Ramírez-Expósito MJ, Martínez-Martos JM. Fibromyalgia: A Review of the Pathophysiological Mechanisms and Multidisciplinary Treatment Strategies. *Biomedicines*. 2024 Jul 11;12(7):1543. doi: 10.3390/biomedicines12071543
25. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Aldington D, Cole P, Rice AS, et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 11;2013(11):CD010567. doi: 10.1002/14651858.CD010567.pub2
26. García-Ríos MC, Navarro-Ledesma S, Tapiá-Haro RM, Toledano-Moreno S, Casas-Barragán A, Correa-Rodríguez M, et al. Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019 Apr;55(2):301-313. doi: 10.23736/S1973-9087.19.05524-2

27. Eccleston C, Williams AC, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11:CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3
28. Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H, Korten AE, Parslow RA, Rodgers B. Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: a randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms. *Psychol Med.* 2003 Aug;33(6):1071-9. doi: 10.1017/s0033291703008079
29. Galvão-Moreira LV, de Castro LO, Moura ECR, de Oliveira CMB, Nogueira Neto J, Gomes LMRS, et al. Pool-based exercise for amelioration of pain in adults with fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Mod Rheumatol.* 2021 Jul;31(4):904-911. doi: 10.1080/14397595.2020.1829339
30. Pagliai G, Giangrandi I, Dinu M, Sofi F, Colombini B. Nutritional Interventions in the Management of Fibromyalgia Syndrome. *Nutrients.* 2020 Aug 20;12(9):2525. doi: 10.3390/nu12092525
31. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
32. Bruti G, Atencio MR, D'Urso A, Di Giacomo P, Di Paolo C. Okada Purifying Therapy in combination with duloxetine vs. duloxetine alone in patients with TMD and fibromyalgia: a randomized clinical study. *J Complement Integr Med.* 2020 Dec 31;18(2):371-377. doi: 10.1515/jcim-2020-0116
33. Salaffi F, Farah S, Sarzi-Puttini P, Di Carlo M. Palmitoylethanolamide and acetyl-L-carnitine act synergistically with duloxetine and pregabalin in fibromyalgia: results of a randomised controlled study. *Clin Exp Rheumatol.* 2023 Jun;41(6):1323-1331. doi: 10.55563/clinexprheumatol/pmdzccq
34. Chaves C, Bittencourt PCT, Pelegrini A. Ingestion of a THC-Rich Cannabis Oil in People with Fibromyalgia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Pain Med.* 2020 Oct 1;21(10):2212-2218. doi: 10.1093/pm/pnaa303

35. van Dam CJ, van Velzen M, Kramers C, Schellekens A, Olofsen E, Niesters M, et al. Cannabis-opioid interaction in the treatment of fibromyalgia pain: an open-label, proof of concept study with randomization between treatment groups: cannabis, oxycodone or cannabis/oxycodone combination-the SPIRAL study. *Trials*. 2023 Jan 27;24(1):64. doi: 10.1186/s13063-023-07078-6
36. Hedges de Paula TM, Castro MS, Medeiros LF, Paludo RH, Couto FF, Costa TRD, et al. Association of low-dose naltrexone and transcranial direct current stimulation in fibromyalgia: a randomized, double-blinded, parallel clinical trial. *Braz J Anesthesiol*. 2023 Jul-Aug;73(4):409-417. doi: 10.1016/j.bjane.2022.08.003
37. Macian N, Dualé C, Voute M, Leray V, Courrent M, Bodé P, et al. Short-Term Magnesium Therapy Alleviates Moderate Stress in Patients with Fibromyalgia: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Nutrients*. 2022 May 17;14(10):2088. doi: 10.3390/nu14102088
38. Mueller C, Ness TJ, Younger JW. Low-Dose Dextromethorphan for the Treatment of Fibromyalgia Pain: Results from a Longitudinal, Single-Blind, Placebo-Controlled Pilot Trial. *J Pain Res*. 2021 Jan 27;14:189-200. doi: 10.2147/JPR.S285609
39. Böhm R, Westermann P, Gleim M, Cascorbi I, Gruenewald M, Herdegen T, Ohnesorge H. High-dose spironolactone lacks effectiveness in treatment of fibromyalgia (RCT). *Eur J Pain*. 2021 Sep;25(8):1739-1750. doi: 10.1002/ejp.1784
40. Izquierdo-Alventosa R, Inglés M, Cortés-Amador S, Gimeno-Mallench L, Chirivella-Garrido J, Kropotov J, et al. Low-Intensity Physical Exercise Improves Pain Catastrophizing and Other Psychological and Physical Aspects in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 21;17(10):3634. doi: 10.3390/ijerph17103634
41. Hernando-Garijo I, Ceballos-Laita L, Mingo-Gómez MT, Medrano-de-la-Fuente R, Estébanez-de-Miguel E, Martínez-Pérez MN, et al. Immediate Effects of a Telerehabilitation Program Based on Aerobic Exercise in Women with Fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 20;18(4):2075. doi: 10.3390/ijerph18042075
42. Rivas Neira S, Pasqual Marques A, Fernández Cervantes R, Seoane Pillado MT, Vivas Costa J. Efficacy of aquatic vs land-based therapy for pain management in women with fibromyalgia: a randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2024 Jun;123:91-101. doi: 10.1016/j.physio.2024.02.005

43. Nadal-Nicolás Y, Rubio-Arias JÁ, Martínez-Olcina M, Reche-García C, Hernández-García M, Martínez-Rodríguez A. Effects of Manual Therapy on Fatigue, Pain, and Psychological Aspects in Women with Fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 26;17(12):4611. doi: 10.3390/ijerph17124611
44. Ducamp P, Sichère P, Gayum H, Dubourg K, Roques CF, Journot V. Therapeutic Patient Education for Fibromyalgia during Spa Therapy: The FiETT Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 11;19(8):4613. doi: 10.3390/ijerph19084613. PMID: 35457480; PMCID: PMC9030628.
45. Hedman-Lagerlöf M, Gasslander N, Ahnlund Hoffmann A, Bragesjö M, Ezzell A, Ezra S, et al. Effect of exposure-based vs traditional cognitive behavior therapy for fibromyalgia: a two-site single-blind randomized controlled trial. *Pain*. 2024 Jun 1;165(6):1278-1288. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003128
46. Gentile E, Quitadamo SG, Clemente L, Bonavolontà V, Lombardi R, Lauria G, et al. A multicomponent physical activity home-based intervention for fibromyalgia patients: effects on clinical and skin biopsy features. *Clin Exp Rheumatol*. 2024 Jun;42(6):1156-1163. doi: 10.55563/clinexprheumatol/iukp4c
47. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *Int J Mol Sci*. 2020 Oct 23;21(21):7877. doi: 10.3390/ijms21217877
48. Alorfi NM. Pharmacological treatments of fibromyalgia in adults; overview of phase IV clinical trials. *Front Pharmacol*. 2022 Sep 23;13:1017129. doi: 10.3389/fphar.2022.1017129
49. Ram PR, Jeyaraman M, Jeyaraman N, Nallakumarasamy A, Khanna M, Gupta A, et al. Beyond the Pain: A Systematic Narrative Review of the Latest Advancements in Fibromyalgia Treatment. *Cureus*. 2023 Oct 31;15(10):e48032. doi: 10.7759/cureus.48032
50. Bidonde J, Fisher E, Perrot S, Moore RA, Bell RF, Makri S, et al. Effectiveness of non-pharmacological interventions for fibromyalgia and quality of review methods: an overview of Cochrane Reviews. *Semin Arthritis Rheum*. 2023 Dec;63:152248. doi: 10.1016/j.semarthrit.2023.152248

51. Conversano C, Poli A, Ciacchini R, Hitchcott P, Bazzichi L, Gemignani A. A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Jan-Feb;37 Suppl 116(1):98-104
52. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017 Feb;76(2):318-328. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209724

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo 1. Síntesis de estudios con tratamientos farmacológicos

Tabla 1. Tabla de síntesis de estudios con tratamientos farmacológicos

<b>Autor (año)</b>	<b>Diseño de investigación</b>	<b>Muestra</b>	<b>Intervenciones y tamaños grupos</b>	<b>Medidas de resultado</b>	<b>Resultados</b>
Böhm et al. (2021)	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Grupo experimental: Espironolactona (n=28); Grupo control: placebo (n=28)	200 mg/día de Espironolactona vs placebo (n=28 en cada grupo)	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), escala numérica de dolor (NRS), estado de ánimo (ADS), calidad de vida (SF-36)	No hubo cambios significativos en los puntos finales primarios ni secundarios. La espironolactona elevó temporalmente el potasio sérico y disminuyó el filtrado glomerular sin relevancia clínica
Bruti et al. (2021)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo experimental: duloxetina + OPT (n=16); Grupo control: duloxetina sola (n=15)	Duloxetina sola (n=15) vs duloxetina + Okada Purifying Therapy (OPT) (n=16)	Índice Craniomandibular, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Brief Pain Inventory (BPI)	No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, aunque OPT pudo mejorar la tolerabilidad al tratamiento farmacológico
Chaves et al. (2020)	Ensayo clínico controlado	Grupo experimental: cannabis rico en THC	Aceite de cannabis rico en THC (24.44 mg/mL de THC)	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	Mejora significativa en la puntuación FIQ en el grupo de cannabis, con reducción del dolor,

	aleatorizado, doble ciego	(n=9); Grupo control: placebo (n=8)	y 0.51 mg/mL de CBD vs placebo		fatiga y mejora en el bienestar general
Hendges de Paula et al. (2023)	Ensayo clínico controlado aleatorizado, doble ciego, paralelo	Grupo experimental: LDN + tDCS (n=21); Grupo control: placebo + tDCS sham (n=21); otros grupos intermedios (LDN + tDCS sham y placebo + tDCS) <b>LDN: Naltrexona</b> <b>tDCS: Estimulación de corriente continua transcraneal.</b> <b>tDCS sham: Corriente activa durante 30 seg</b>	Naltrexona de baja dosis + estimulación transcraneal de corriente continua (tDCS) vs placebo	Escala Visual Análoga del Dolor (VAS), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Beck Depression Inventory (BDI)	Reducción significativa del dolor en el grupo de tDCS + Naltrexona en comparación con placebo, mejoría en la ansiedad y la depresión
Macian et al. (2022)	Ensayo clínico controlado aleatorizado, doble ciego	Grupo experimental: magnesio oral 100 mg/día; Grupo control: placebo	Magnesio oral (100 mg/día) vs placebo	Escala de Estrés DASS-42, dolor, sueño, calidad de vida, fatiga	El magnesio mostró una mejora significativa en el estrés leve/moderado y redujo el dolor comparado con placebo

Mueller et al. (2021)	Ensayo clínico piloto, controlado con placebo	Grupo experimental: dextrometorfano 20 mg/día; Grupo control: placebo	Dextrometorfano (DXM) 20 mg/día vs placebo	Dolor y actividad física reportados diariamente, análisis de dolor máximo, dolor muscular, fatiga y ánimo	El DXM no mostró diferencias significativas en el dolor diario y la actividad física, aunque en análisis exploratorios se observó reducción significativa del dolor
Salaffi et al. (2023)	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Grupo experimental: PEA + acetil-L-carnitina + duloxetina/pregabalina; Grupo control: tratamiento estándar (duloxetina y pregabalina)	Palmitoiletanolamida + acetil-L-carnitina con duloxetina y pregabalina vs tratamiento estándar	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), escalas de dolor y calidad de vida	Mejora significativa en los síntomas de fibromialgia con la combinación de tratamientos frente a los tratamientos estándar
van Dam et al. (2023)	Estudio abierto, aleatorizado, de prueba de concepto	Grupo experimental: cannabis/oxicodona; Grupos control: solo cannabis y solo oxicodona	Cannabis, oxicodona, o combinación de cannabis/oxicodona	Efectos secundarios, alivio del dolor, consumo de oxicodona, inhalaciones de cannabis	La combinación de cannabis y oxicodona mostró un alivio del dolor comparable con menor número de efectos secundarios en comparación con oxicodona sola

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQ-G: versión alemana del FIQ; NRS: Numeric Rating Scale; SF-36: Short Form Health Survey; ADS: Allgemeine Depressionsskala; BDI: Beck Depression Inventory; STAI-1: State-Trait Anxiety Inventory; BPI-SF: Brief Pain Inventory - Short Form; CMI: Craniomandibular Index; VAS: Visual Analogue Scale; PCS: Pain Catastrophizing Scale; PPT: Pressure Pain Threshold; CPM: Conditioned Pain Modulation; BDNF: Brain-Derived Neurotrophic Factor; DASS-42: Depression Anxiety Stress Scales; PEA: Palmitoiletanolamida.



## 8.2. Anexo 2. Síntesis de estudios con tratamientos no farmacológicos

Tabla 2. Tabla de síntesis de estudios con tratamientos no farmacológicos

<b>Autor (año)</b>	<b>Diseño de investigación</b>	<b>Muestra</b>	<b>Intervenciones y tamaños grupos</b>	<b>Medidas de resultado</b>	<b>Resultados</b>
Ducamp et al. (2022)	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico	Grupo experimental: SST + TPE (n=79); Grupo control: SST sola (n=78) SST:Terapia de Spa estandarizada. TPE:Educación terapéutica del paciente.	Terapia termal estandarizada + educación terapéutica vs. solo terapia termal	FIQ, intensidad de dolor, fatiga, adherencia a ejercicio	Mejoras en fatiga y adherencia al ejercicio con TPE; tendencia favorable en FIQ, aunque no significativa
Gentile et al. (2024)	Ensayo clínico aleatorizado	Grupo experimental: intervención domiciliaria multicomponente (n=25); Grupo control: lista de espera (n=25)	Programa domiciliario con ejercicios físicos + seguimiento clínico vs. control	FIQ, biopsias cutáneas, dolor, calidad de vida	Reducción significativa del impacto de la fibromialgia y mejora en marcadores cutáneos relacionados con dolor
Hedman-Lagerlöf et al. (2024)	Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego	Exp-CBT (n=137); T-CBT (n=137)	Terapia cognitivo-conductual basada en exposición vs. terapia tradicional, online	FIQ (evaluaciones múltiples), calidad de vida, fatiga	Ambos grupos mejoraron; no hubo diferencias significativas entre tratamientos

Hernando-Garijo et al. (2021)	Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego	Grupo experimental: telerehabilitación (n=17); Grupo control: sin intervención (n=17)	Programa aeróbico mediante telerehabilitación vs. control	VAS, sensibilidad al dolor, FIQ-R, PCS, HADS, pruebas físicas	Mejoras significativas en dolor, sensibilidad mecánica y distrés psicológico en grupo experimental
Izquierdo-Alventosa et al. (2020)	Ensayo clínico aleatorizado	Grupo experimental: ejercicio físico de baja intensidad (n=16); Grupo control: sin intervención (n=16)	Ejercicio combinado de resistencia y coordinación vs. control	Catastrofismo, ansiedad, depresión, aceptación del dolor, PPT, calidad de vida	Mejoras en todas las variables en grupo experimental; grupo control empeoró en PPT
Nadal-Nicolás et al. (2020)	Ensayo clínico aleatorizado	Grupo experimental: terapia manual (n=12); Grupo control: placebo con ultrasonido desconectado (n=12)	Masaje de tejido conectivo en región cervical vs. placebo	Escala de fatiga, VAS, calidad del sueño, estado de ánimo (POMS)	Reducción significativa de dolor cervical, fatiga y ansiedad en grupo de terapia manual
Rivas Neira et al. (2024)	Ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, equivalencia	AT (n=20); LBT (n=20)	Terapia acuática vs. terapia en tierra	VAS, FIQ-R, PSQI, MFI, 6MWT	Mejora significativa en intensidad de dolor y calidad del sueño en AT respecto a LBT en seguimiento

FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQ-R: Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire; VAS: Visual Analogue Scale; PCS: Pain Catastrophizing Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; POMS: Profile of Mood States; PPT: Pressure Pain Threshold; MFI: Multidimensional Fatigue Inventory; 6MWT: 6-Minute Walk Test; TPE: Therapeutic Patient Education; SST: Standardized Spa Therapy; CBT: Cognitive Behavioral Therapy; Exp-CBT: Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy; T-CBT: Traditional Cognitive Behavioral Therapy; AT: Aquatic Therapy; LBT: Land-Based Therapy.



© María Tatiana Pantoja Marín, 2026

© Palmito Books, S.L., 2026

Calle Pedro García Villalba, 79, 2º C  
30150 La Alberca, Murcia

ESPAÑA

















**Este libro ofrece una revisión actualizada sobre el tratamiento del dolor en la fibromialgia, un síndrome complejo marcado por dolor crónico generalizado, fatiga, alteraciones del sueño y afectación cognitiva. La obra analiza la evidencia científica reciente sobre estrategias farmacológicas, no farmacológicas y multidisciplinarias, con especial atención a su eficacia clínica y a su impacto en la calidad de vida. Entre los tratamientos revisados se incluyen fármacos como duloxetina, pregabalina, cannabis medicinal, naltrexona en dosis bajas y otros abordajes coadyuvantes. Junto a ellos, se estudian intervenciones como ejercicio físico, terapia cognitivo conductual, educación terapéutica, telerehabilitación, terapia acuática y programas multicomponente. Con un enfoque claro y aplicado, el texto destaca la necesidad de adaptar el tratamiento a cada paciente, priorizando intervenciones seguras, sostenidas y combinadas. Resulta una obra útil para profesionales, estudiantes y personas interesadas en comprender el abordaje integral del dolor fibromiálgico.**



PALMITO BOOKS

