Universidad de Alcalá

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SITUACIÓN DE LA FIBROMIALGIA EN LOS PAÍSES RUSO E HISPANOPARLANTES

COMPARATIVE STUDY OF THE SITUATION OF THE FIBROMIALGIA IN THE RUSSIAN AND SPANISH-SPEAKING COUNTRIES

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИТУАЦИИ ФИБРОМИАЛГИИ В РУССКО- И ИСПАНОГОВОРЯЩИХ СТРАНАХ

CURSO ACADÉMICO 2019-2020

Máster Universitario en Comunicación Intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos

Presentado por:
Dª KHRYSTYNA RACHIY

Dirigido por:
D. ANTONIO ROMEA RODRÍGUEZ

Alcalá de Henares, a 15 de enero de 2020

ÍNDICE

RESUMEN 3

MARCO TEÓRICO

1. Introducción 4
   - 1.1. Motivación y Justificación 4
   - 1.2. Significado y Definición 4
   - 1.3. Datos Históricos 5
   - 1.4. Depresión, Ansiedad y Fibromialgia 6
     - 1.4.1. Trastornos psiquiátricos asociados a la fibromialgia 6
     - 1.4.2. Clínica de los trastornos psiquiátricos en la fibromialgia 7
   - 1.5. Impacto de fibromialgia en diferentes ámbitos de la vida 9
2. Metodología 11
3. Etiología 15
   - 3.1. Genética 16
   - 3.2. Estilo de Vida 16
   - 3.3. Trastornos del Sueño 16
   - 3.4. Factores Psicológicos 17
   - 3.5. Disfunción de la Dopamina 17
   - 3.6. Metabolismo de la Serotonina 17
   - 3.7. Sensibilidad Polimodal 18
   - 3.8. Alteración Neuroendocrina 18
   - 3.9. Hiperactividad Simpática 19
   - 3.10. Cambios en el equilibrio cefalorraquídeo 19
   - 3.11. Estudio de visualización del cerebro 20
   - 3.12. Etiopatogenia 20
4. Diagnóstico 22
   - 4.1. Diagnostico en España y países hispanoparlantes 23
     - 4.1.1. Anamnesis 24
     - 4.1.2. Exploración 29
   - 4.2. Diagnostico en Rusia y países rusoparlantes 31

5. Tratamiento de fibromialgia en los países hispanoparlantes 34
5.1. Información y educación del paciente 36
5.2. Tratamiento Farmacológico 37
5.2.1. Analgésicos Simples 38
5.2.2. Analgésicos de acción central 39
5.2.3. Terapia analgésica adyuvante 39
5.2.4. Benzodiacepinas 40
5.2.5. Antidepresivos 40
5.3. Tratamiento no farmacológico 41
5.3.1. Tratamiento basado en ejercicio físico 41
5.3.2. Tratamiento Psicológico 42
5.3.3. Medicinas alternativas y complementarias 42
5.3.4. Tratamientos Multidisciplinarios 43
6. Tratamiento de fibromialgia en los países rusoparlantes 43
6.1. Tratamiento Psicológico 44
6.2. Tratamiento Farmacológico 44
6.3. Otros Tratamientos 45
6.4. Tratamiento basado en ejercicio físico 47
MARCO PRÁCTICO 48
7. Análisis comparativo de diagnóstico y tratamiento de países ruso e hispanoparlantes
7.1. Información 48
7.2. Diagnóstico 50
7.3. Tratamiento 51
7.4. Comentarios 53
8. Tratamiento Terminológico 54
10.1. Comentario 69
9. Conclusiones 71
10. Biblio y Webgrafía 74
ANEXOS 76

RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad que no tiene síntomas “visibles” y afecta no solo la vida diaria de los pacientes, sino que las vidas de la gente que les rodea. El presente estudio se realizó con el objetivo de comparar la situación de dicha enfermedad en países ruso e hispanoparlantes, en concreto Rusia y España. De esta manera, compararemos no solo el diagnóstico y tratamiento de ambos países, sino también llegaremos a ver las diferencias terminológicas en este campo y elaboraremos un glosario específico. Debido a que es un estudio comparativo, no tenemos una hipótesis a la que podríamos confirmar o denegar con la ayuda de los resultados de este trabajo. Sin embargo, las conclusiones podrán enseñar si la situación de fibromialgia es igual o muy diferente entre España y Rusia.

En primer lugar, se comenzó un estudio teórico en el que se exponen la historia, significado y sintomatología de la enfermedad. Luego se profundiza en el diagnóstico y tratamiento en ambos países. Este marco teórico sirvió de base para las dos partes del marco práctico.

La primera parte, ha sido la realización de una encuesta entre individuos rusos y españoles relacionados con la enfermedad y la comparación de los resultados junto con el comentario de estos.

La segunda parte, consiste en el Tratamiento Terminológico. Por último, se expondrán una serie de conclusiones basadas en los resultados obtenidos durante el estudio.

Palabras clave: fibromialgia, terminología, interculturalidad, T&I en ámbito sanitario, dificultades terminológicas.

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ

Фибромиалгия – это болезнь, которая не имеет «видимых» симптомов и затрагивает не только повседневную жизнь пациентов, но и жизнь окружающих людей. Настоящее исследование было проведено с целью сравнения ситуации этого заболевания в русскоязычных и испаноязычных странах, в частности в России и Испании. Таким образом, мы сравним не только диагностику и лечение в обеих странах, но также увидим терминологические различия в этой области и разработаем специальный глоссарий. Поскольку это сравнительное исследование, у нас нет гипотезы, которую мы могли бы подтвердить или опровергнуть с помощью результатов этой работы. Тем не менее, выводы могут показать, является ли ситуация с фибромиалгией одинаковой или очень разной между Испанией и Россией.

Сначала было начато теоретическое исследование, в котором раскрываются история, значение и симптоматика заболевания. Затем оно углубляется в диагностике и лечении в обеих странах. Эта теоретическая часть послужила основой для двух частей практическго содержания.

Первая часть заключалась в проведении опроса между русскими и испанскими лицами, имеющих отношение к заболеванию, и сравнении результатов с их комментированием.

Вторая часть – терминологическое сравнение. В конце этой работы, будет предоставлен ряд выводов, основанных на результатах, полученных в ходе исследования.

Ключевые слова: фибромиалгия, терминология, межкультурность, устный и письменный медицинский перевод, терминологические трудности.

1. Introducción.

1.1. Motivación y Justificación.

El primer motivo y el más importante por el cual escogí este tema es el hecho de que yo misma corro el riesgo de padecer esta enfermedad. En mi opinión, es muy importante llegar a conocer por la gente las enfermedades raras o poco comunes, ya que afectan muchas veces no solo a los pacientes, sino también a su entorno, su ámbito sociofamiliar y laboral.

No se trata simplemente de informar a la más posible cantidad de personas sobre lo que es la fibromialgia, sino ayudarle a más gente que lo padece a verlo desde otra orientación y tratarlo desde el punto de vista de traducción e interpretación. Es evidente que no es un tema con el que los intérpretes puedan cruzarse todos los días, pero hay cierta posibilidad de encontrarse con él.

En este trabajo vamos a ver en qué consiste la enfermedad, su influencia en la vida diaria y trataremos los términos y las diferencias entre el diagnóstico y tratamiento en los países rusoparlantes e hispanoparlantes. El propósito final de este trabajo es ofrecer unas traducciones de la documentación necesaria para hacerse miembro de la asociación, desarrollar un glosario con los términos necesarios para una mejor comprensión de este tema, comparar la etimología de algunos términos médicos y comparar la situación de la enfermedad en Rusia y España.

1.2. Significado y Definición.

Antes de llegar a lo que es este trabajo haré una introducción, empezando por el significado de palabra fibromialgia. El término procede del latín *fibra*, que se refiere al tejido fibroso (el que se encarga de unir los demás tejidos entre sí), y del griego *myo* (músculo) y *algia* (dolor). En el propio nombre de la enfermedad se refleja en qué consiste: se puede decir que la fibromialgia es el dolor en los músculos y los tejidos fibrosos, pero aparte de esto tiene muchos más síntomas por los que se podría reconocer.

La fibromialgia es un estado caracterizado por dolor crónico generalizado y alta sensibilidad dolorosa a estímulos táctiles (alodinia). Además del dolor, pueden aparecer otros síntomas, por lo que se suele usar el término síndrome fibromiálgico (SMF). Otros síntomas incluyen una sensación de fatiga, que conduce a una alteración en la vida cotidiana, alteración del sueño y una disminución funcional de la movilidad articular. Un gran número de pacientes sufren disfunción cognitiva, caracterizado por pérdida de concentración, problemas con la memoria temporal y prolongada, la consolidación de la memoria temporal, la disminución de la productividad, la imposibilidad de la ejecución simultánea de varias tareas, la sobrecarga cognitiva y la disminución de la atención. Algunos pacientes se quejan de problemas para tragar (disfagia), trastornos de la vejiga y del intestino, entumecimiento y hormigueo, sensibilidad al gluten no celíaca y cansancio.

La fibromialgia a menudo se combina con afecciones psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, los trastornos asociados con el estrés, es decir, el trastorno por

estrés postraumático (TEPT). No todas las personas que padecen fibromialgia tienen el cuadro de síntomas mencionados anteriormente.

Aunque la fibromialgia se clasifica en función de la presencia de dolor crónico generalizado, el dolor también puede ser localizado en los hombros, cuello, espalda, caderas y otras áreas (en un total son 18 puntos dolorosos (Fig. 1)). Casi todos los especialistas del mundo se basan en esta imagen para diagnosticar fibromialgia. (Callado, 2011: 31)

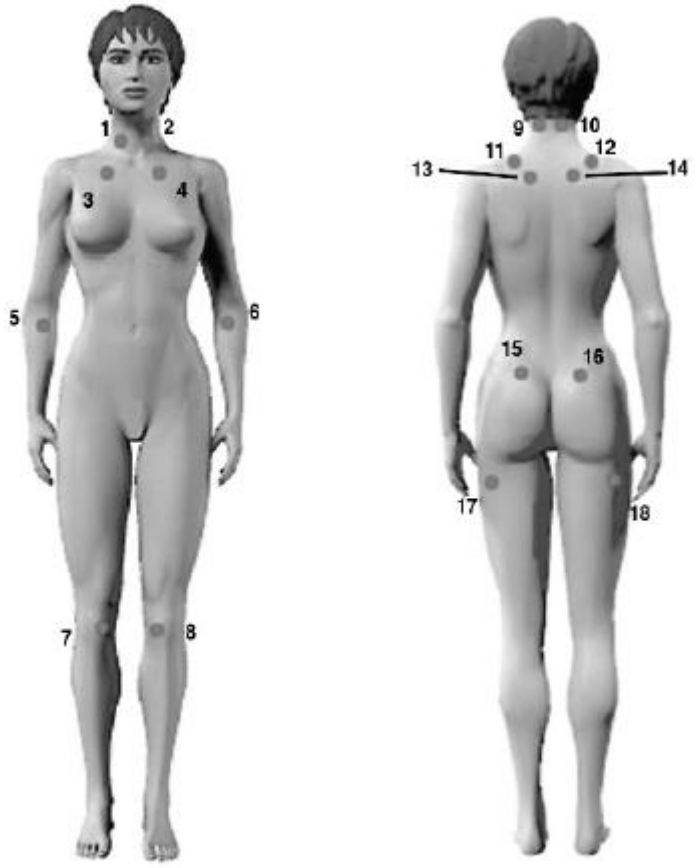

Fig. 1—Distribución de los puntos gatillo en la fibromialgia.

(Villanueva et al, 2004)

1.3. Datos Históricos.

Ya en 1815, un cirujano de la Universidad de Edimburgo, William Balfour, describió la fibromialgia como nódulos en el "músculo reumático" (abultamientos en el músculo) que se notaban al palpar las zonas musculares en contracción.

En 1841 el médico francés François Valliex le dedicó un amplio apartado en su libro *Tratado sobre neuralgia.*

Posteriormente, en 1843, el anatomista alemán Robert R. Floriep describió algunas características en su tratado de *Patología y terapia de los reumatismos*, al notar que se producía dolor en algunas zonas corporales al palparlas o presionarlas moderadamente.

Sin embrago, la primera definición oficial de la enfermedad se atribuye al neurólogo británico Sir William Gowers, quien en 1903 pensó que podría tratarse de una inflamación del tejido fibroso, y, por tanto, la llamó *fibrositis*, término que poco a poco fue cayendo en desuso.

Bastantes años después, en 1975, dos investigadores fundamentales (Smythe y Moldofsky) pensaron que la mala calidad del sueño podía ser una de las alteraciones principales de la fibromialgia y motivo del resto de síntomas. Estos investigadores, junto con otros autores, como Yunus o Goldenberg, fueron los responsables de definir el primer conjunto de criterios diagnósticos de esta enfermedad. En concreto, el dolor generalizado de más de tres meses de duración, la alteración del sueño acompañada de la fatiga y rigidez matutinas y el descenso generalizado del umbral para el dolor provocado.

Finalmente, en el año 1990 el Colegio Americano de Reumatología publica los primeros criterios diagnósticos consensuados.

En 1992, en la Declaración de Copenhague (Dinamarca), la fibromialgia fue reconocida como enfermedad por la OMS, tipificándola con el código M79.9 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades.

En el año 1994 también fue reconocida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, que la clasificó con el código X33.X8a.

El día 12 de mayo ha sido designado Día Internacional de la Fibromialgia, conmemorando el nacimiento de Florence Nightingale, afectada por la enfermedad y que fue pionera de la Enfermería moderna y figura decisiva en la creación de la Cruz Roja Británica.

En la actualidad se calcula que unas 800.000 personas sufren esta enfermedad en España. Varios estudios hechos en otros países, como Francia, Suecia, Alemania, Italia, Canadá y EE. UU., muestran una prevalencia de entre el 2-3% de la población, muy similar a la de nuestro país.

La enfermedad suele presentarse entre los 35 y los 55 años, pero puede hacerlo en cualquier etapa de la vida. Se observan casos incluso en niños y adolescentes, aunque en mucha menor proporción. (Asafa, 2018)

1.4. Depresión, Ansiedad y Fibromialgia.

1.4.1. Trastornos psiquiátricos asociados a la fibromialgia.

El mecanismo etiopatogénico de dicha asociación no está bien demostrado, pero se han entremezclado numerosas causas, entre las que se pueden subrayar el mecanismo de estrés crónico, el dolor crónico, la frustración personal tanto independiente como dependiente de la enfermedad, el retraso diagnóstico, la falta de eficacia de los tratamientos, la automedicación, y otros. De igual modo, los problemas laborales y del entorno sociofamiliar influyen negativamente en el estado anímico del paciente, pudiendo verse relacionado con la automedicación, ya sea para atenuar el dolor que

sufre, para tratar otros síntomas asociados, o para intentar sobrellevar esos sentimientos de desesperanza, desesperación y culpabilidad.

Las alteraciones psiquiátricas inducen a un estado de desánimo en el que la persona no es capaz de asumir y afrontar la enfermedad, incrementando su intensidad y creando un círculo vicioso en el que los síntomas de fibromialgia aumentan la sensación de desesperación, lo que se convierte en un empeoramiento de las alteraciones psicopatológicas, y complica su solución y la posibilidad de sobrellevar la enfermedad. También se ha descrito cierto vínculo con alteraciones psicológicas que predisponen a la patología psiquiátrica descrita (alexitimia, hipocondría, trastorno de personalidad, etc.). Cabe mencionar que los pacientes con fibromialgia muestran una ansiedad prominente ante la evaluación y asunción de responsabilidades, algunos elementos fóbicos e, incluso, ante la vida diaria normal y corriente.

Hay que señalar que la depresión y la ansiedad son patologías muy fuertemente unidas a cualquier tipo de enfermedad crónica, apareciendo en un 30% de ellas; un 75% de los depresivos acude por síntomas somáticos; un 25% es diagnosticado de trastornos psiquiátricos definidos; casi un 70% de los que padecen dolor crónico presentan alteraciones psicológicas/psiquiátricas; y en los pacientes que describen dolor, aparte de otra sintomatología, al acudir a su médico (una frecuencia aproximada de un 20-80% de todas las consultas realizadas a éstos), refieren patología psiquiátrica en un 40%. (Revuelta Evrard, Segura Escobar, Paulino Tevar, 2010)

1.4.2. Clínica de los trastornos psiquiátricos en la fibromialgia

La depresión como síndrome comprende una serie de síntomas cardinales, que pueden variar en cuanto a presencia e intensidad, en función del paciente. Los síntomas básicos son:

A) Síntomas afectivos: el síntoma principal es la tristeza patológica o humor depresivo. Se caracteriza por un sentimiento negativo, desagradable, displacentero, que a veces resulta difícil de expresar, e incluso de percibir. En ocasiones esta tristeza puede quedar enmascarada por la sintomatología restante, como podría ser el caso de los pacientes que padecen fibromialgia. Entre otros síntomas afectivos que pueden presentarse están: disforia (ánimo depresivo con sensación de malestar general, mostrándose irritados, enfadados, pesimistas), anhedonia (disminución o incapacidad para obtener placer), ansiedad y angustia, irritabilidad, apatía.
B) Síntomas cognitivos: puede aparecer un enlentecimiento del curso del pensamiento (bradipsiquia). El contenido del pensamiento se caracteriza por ser negativista, pesimista, con excesivas preocupaciones y rumiaciones negativas y desagradables. Pueden aparecer sentimientos de desesperanza, inutilidad, baja autoestima, ruina, hipocondría, ideas de muerte y suicidio. Estas pueden ser ideas sobrevaloradas o ser realmente delirantes.
C) Síntomas somáticos: en el caso de pacientes con enfermedades médicas, suelen ser los síntomas que con mayor frecuencia aparecen. Distinguiremos entre:
   - Trastornos vegetativos: destaca la asistencia y fatigabilidad, lo que produce una falta global de vitalidad, sobre todo en las primeras horas del día. Aparecen cefaleas atípicas, algias diversas, trastornos digestivos (pérdida de

apetito o bulimia, sequedad de boca, dispepsias, alteraciones del ritmo intestinal), pérdida de la libido (pérdida de interés sexual, impotencia por falta de erección o frigidez), y trastornos del equilibrio (como vértigos).

- Trastornos de los ritmos vitales: alteración del ritmo circadiano actividad-descanso (se pueden presentar dos patrones, uno en el que el paciente se encuentra peor por la mañana, y se produce mejoría vespertina, o viceversa), ritmo del sueño (suele aparecer insomnio de mantenimiento, con lo que el paciente presenta somnolencia diurna y sueño no reparador), ritmo estacional (el patrón más frecuente es el empeoramiento o recaída en primavera y otoño, sobre todo en el cambio de estación).

  Dentro de estos síntomas, sería difícil diferenciar si son realmente síntomas somáticos debidos a la alteración del humor o a la fibromialgia, ya que en estos pacientes pueden aparecer estas alteraciones sin necesidad de que exista depresión. Para ello es necesario realizar una cuidadosa historia clínica psiquiátrica y anamnesis, prestando adecuada atención a los antecedentes psiquiátricos previos y a la evolución de la enfermedad. En estos casos sería de gran utilidad la información aportada por los familiares.

D) Síntomas conductuales: llanto frecuente e inmotivado, alteraciones de la actividad psicomotora, disminución del rendimiento en los diferentes aspectos de la vida, y tendencia al aislamiento. Las alteraciones más graves son el intento de suicidio y el suicidio consumado (poco frecuentes en fibromialgia).

En la fibromialgia la clínica depresiva suele derivar de diversos motivos, ya que los pacientes tardan un período de tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico, por lo que pasan por una fase de incomprensión, vacío, en el que ni profesionales ni familiares comprenden lo que les ocurre.

En el caso de la fibromialgia, los cuadros más frecuentes que podemos observar son:

- Trastornos adaptivos con humor depresivo, o ansioso-depresivo: son cuadros reactivos a la propia enfermedad, no llegan a cumplir los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor ni de distimia, por la intensidad o duración de la sintomatología.
- Distimia: es el término que se utiliza para una depresión crónica, tanto en el DSM-IV como en el CIE-10. Sería un cuadro depresivo de más de dos años de duración y que no es continuación de un trastorno depresivo mayor, de comienzo insidioso y reactivo a diferentes situaciones, curso crónico persistente o con fluctuaciones. Permite un funcionamiento adecuado del sujeto, lo que no excluye la necesidad de tratamiento.
- Trastorno depresivo mayor: en este caso se deben cumplir los criterios diagnósticos DSM-IV (tabla 1).

Tabla 1 Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable,
- disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás),
- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables,
- insomnio o hipersomnia casi cada día,
- agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido),
- fatiga o pérdida de energía casi cada día,
- sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo),
- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena),
- pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

(Revuelta Evrard et al, 2010: 330)

Existen otros tipos de trastornos depresivos, como es la depresión psicótica, que aparecería con la misma frecuencia que en la población general, y sería independiente de la fibromialgia. (Revuelta Evrard et al, 2010: 328-329)

1.5. Impacto de la fibromialgia en diferentes ámbitos de la vida.

El impacto de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente es muy fuerte. Aparte de que le impide a la persona una vida normal en el sentido físico, ya que muchas veces simplemente no tiene fuerzas para realizar las actividades diarias, también influye en su estado de ánimo y en consecuencia en sus relaciones con la familia, compañeros de trabajo y amigos. Aunque muchas personas piensan que el estilo de la vida y la salud son sinónimos, no es así. Las personas que padecen fibromialgia sabrían diferenciarlo mejor que las personas sanas, ya que ellos pueden tener un estilo de la vida sano, sin embargo, no tienen la salud para poder disfrutar de la vida al máximo. (Collado et al, 2011)

Veamos estos ámbitos de la vida un poco más detalladamente:

-**Ámbito sociofamiliar**: el principal problema de las personas que padecen fibromialgia es que los síntomas no son "visibles" y muchas veces se encuentran con incomprensión por parte de la familia, pareja o amigos. Una persona que aparenta sana, pero no se encuentra bien es algo difícil de asimilar. Estamos acostumbrados a que si alguien está enfermo se le note, si tiene gripe tiene tos, fiebre, pocas fuerzas y la nariz contagiada, si tiene alguna otra enfermedad tiene algunos síntomas físicos o actitud que se le nota, pero en el caso de fibromialgia no hay ningunas evidencias físicas "visibles". Lo cual provoca una inseguridad de la gente que le rodea al paciente "¿Realmente está mal, o solo busca excusas para no hacer X actividad?".

En este ámbito destaca también la manera cómo se lo toma el paciente, sus síntomas y la reacción de su entorno, porque es posible que por no tener el reconocimiento social de su padecimiento puede alterar su estado anímico. Debido a esto, muchos de los profesionales recomiendan dar la información y educación no solo a los profesionales y pacientes, sino también a la familia y entorno del enfermo, ya que también en cierto modo tienen que aprender cómo tratar a su ser querido.

Otra de las razones por las que se destaca este ámbito es que si el entorno no nota tanto la diferencia entre alguien que padece fibromialgia y una persona sana, pueden pensar que su "extraño" comportamiento es simplemente su forma de ser. Se trata de relaciones a nivel personal, emocional y hasta económico. (Collado et al, 2011)

-**Ámbito laboral**: al igual que en el ámbito sociofamiliar, la enfermedad afecta también a los compañeros de trabajo y la efectividad como trabajador de las personas que padecen fibromialgia.

Aunque existen pocos trabajos sobre el impacto de fibromialgia en el ámbito laboral, después de la encuesta realizada a los pacientes se puede confirmar con seguridad que la fibromialgia afecta su vida laboral. Existen ciertos estudios que demuestran que las personas que padecen fibromialgia faltan en una media a 21 días de trabajo por la enfermedad, sin contar los días de vacaciones que les corresponden. Es decir, dependiendo del grado de afectación de la enfermedad que tiene el paciente, puede llegar a haber días en que no es capaz de levantarse e ir a trabajar. Por supuesto, esto influye al trabajo en general y perjudica en algunos casos a la empresa donde esté trabajando.

Los estudios que se han realizado en España sobre el tema muestran que los trabajadores que padecen fibromialgia se dan de baja por incapacidad temporal más a menudo y el número de días de baja por enfermedad es de hasta 3-4 veces superior a otros trabajadores. (Collado et al, 2011)

2. Metodología

Tras haber realizado la introducción que incluye una breve descripción de la enfermedad y datos históricos sobre ella para este trabajo, se ha empezado un estudio profundo y una recopilación de información sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad en España y Rusia.

Después de haber recopilado toda la información necesaria para entender qué es la fibromialgia y qué tipos de tratamiento se utilizan es ambos países, se hablará sobre la metodología que se ha usado en este estudio cuali-cuantitativo. En este apartado, nos detendremos para explicar los pasos que ya se han tomado y los que se tomarán a partir de ahora.

Hemos de decir que este estudio empírico se basa en las encuestas cuali-cuantitativas que se han realizado a los enfermos rusos e hispanohablantes. Teniendo en cuenta que no es fácil encontrar los pacientes de fibromialgia, se ha decidido acudir a una de las asociaciones de fibromialgia. Debido a la imposibilidad de trabajar con la asociación de Madrid (AFIBROM), hemos contactado con la asociación FIBROREAL y nos hemos desplazado hasta Ciudad Real. Por lo tanto, en adelante, hablaremos de las encuestas llevadas a cabo, así como de la asociación, el marco en el que han tenido lugar y las dificultades que hemos encontrado en el desarrollo de nuestro trabajo empírico. Además, hablaremos de la etimología terminológica en este campo de términos rusos y españoles, los compararemos y comentaremos. Asimismo, además de ofrecer aportaciones de carácter investigatorio, intentaríamos dar más información acerca de la enfermedad y darle más visibilidad. Al final de esta investigación llegaremos a unas conclusiones tras un análisis profundo de este tema.

El primer paso, después de la aprobación del tema elegido, fue la búsqueda de toda posible información acerca de este. Para recopilar tanta información sobre la fibromialgia, se realizó una búsqueda amplia y detallada. Se han encontrado muchas fuentes de información y varios libros, tanto en las fuentes web, como en la biblioteca. Toda la información encontrada ha sido analizada, completada y ordenada de tal manera que sea más fácil buscar el apartado que más le interesa. La dificultad durante este paso estuvo en organizar una considerable cantidad de información y traducir algunos artículos para completar la información ya dispuesta en español. Para asegurarnos de que la información era fiel a la realidad se ha pedido ayuda a un enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, con experiencia en trabajo con asociaciones de padecen fibromialgia para que verificase la fidelidad de la información.

Tras haber realizado, completado y revisado el marco teórico se decide basar este estudio comparativo en la encuesta. A esta encuesta responderían sujetos rusos e hispanohablantes de tal modo que se pudiera analizar la situación actual de esta enfermedad en Rusia y España. El segundo paso consistió en la elaboración de las preguntas, basándose en la información que ya se dispone y en la información que se desea obtener de esta investigación. Cabe mencionar, que, aunque este estudio se ha hecho en base de una encuesta, algunas de las preguntas han sido de reflejo de opiniones y consejos, lo cual explica la parte cualitativa de este trabajo.

Asimismo, teniendo ya la encuesta elaborada, se analizan las preguntas y se dividen en tres partes, entremezcladas entre ellas. La primera parte, son las preguntas que obtienen la información acerca de la información que disponen los enfermos sobre la enfermedad y en base al marco teórico se analiza y compara también la información que

disponen los profesionales en Rusia y España. La segunda parte, son preguntas relacionadas con el diagnóstico de la enfermedad. Durante cuánto tiempo los enfermos ya sienten los síntomas y cuánto tiempo han tardado en diagnosticarles fibromialgia. Por último, la tercera parte, pero no menos importante, las preguntas sobre el tratamiento que se les dio a los enfermos o que otro tipo de tratamiento alternativo, según sus propias experiencias, pueden ser efectivos.

Durante la búsqueda de los posibles encuestados, se descubre que, a diferencia de España, en Rusia no existen las asociaciones de fibromialgia. Lo cual se tiene en cuenta en adelante, después de haber traducido la encuesta a ruso. Asimismo, en la versión rusa desaparece la pregunta 9, que trataba sobre la asociación, para obtener información si les ayuda a los enfermos o no.

El primer paso para obtener los resultados de la encuesta ha sido contactar con diversas asociaciones de pacientes del ámbito geográficamente próximo. Tras valorar diversas opciones, se elige finalmente trabajar con la asociación de enfermos de fibromialgia y síndrome de fatiga crónica de Ciudad Real, FIBROREAL, por ser la opción de mayor conveniencia y con mejor disposición y aceptación por parte de sus miembros al desarrollo del presente trabajo, y con la que se entró en contacto mediante contactos intermedios con personas vinculadas indirectamente a la asociación. El primer paso fue la presentación a la presidenta de la asociación y tras una charla, en la que ambas partes se quedaron satisfechas, se asignó un día para conocer la asociación y sus socios.

El día 18 de noviembre de 2019 a las 17:30, tuvo lugar una pequeña reunión en la asociación. La meta final de esta reunión era conocer a los pacientes y futuros encuestados. Conocer cómo funcionan y qué tipo de ayuda ofrecen. Después, se decidió realizar la encuesta en la siguiente reunión y traducir los folletos informativos al ruso para la asociación, como agradecimiento de participación en la investigación y para los futuros casos, que podrían tener lugar, de que tengan socios rusoparlantes que viven en España.

El día 25 de noviembre de 2019 a las 17:30, tuvo lugar otra reunión con la asociación FIBROREAL, durante la cual se realiza la encuesta. Antes de empezar dicha encuesta se explicó detalladamente a los socios qué tipo de trabajo es, para qué servirá, qué objetivos se persiguen y qué preguntas se les hará. Otra de las cosas muy importantes, y de la que se les avisó con antemano, es la confidencialidad de la encuesta y que en ningún momento se reflejarían sus nombres, edad o datos personales en el trabajo. Debido a que este día tenían unas actividades y no pudieron venir muchos socios a esta reunión, se decide facilitar la encuesta por el correo electrónico a la vicepresidenta de la asociación para que más pacientes de los que ya la realizaron puedan voluntariamente responder y enviar a la autora sus respuestas. También durante esta reunión se ofreció voluntariamente una familiar de una enferma que estaba presente en la reunión a responder las preguntas de la encuesta, cuyas respuestas se añaden en el análisis del trabajo. Teniendo en cuenta que en un principio no era previsto realizar la encuesta con los familiares, se decide que también tiene bastante peso en esta investigación, y a pesar de que no pueda responder a todas las preguntas, se analiza aparte en los comentarios sobre la encuesta y comparación.

Lamentablemente, solo se realizó una encuesta con el familiar, por eso no era posible compararla con otras respuestas, pero añadía un punto de vista diferente e interesante. Asimismo, podemos ver la situación de la enfermedad desde otro lado, no

desde el punto de vista del enfermo, sino como persona a la que afecta la enfermedad de manera indirecta.

Cuando la autora de este estudio tiene todas las respuestas de encuesta, empieza a analizarlas y ordenar la información.

Paralelamente a la elaboración de la encuesta en español, se tradujo la misma al ruso y se empezó la búsqueda de los posibles encuestados. Para realizar la encuesta a los pacientes rusoparlantes se llega a conclusión que se deberían buscar por las redes sociales, ya que era imposible en aquel momento realizar un viaje a Rusia, para poder buscarlos en persona. El primer intento fue a través de la red social Facebook, pero las búsquedas no dieron casi ningunos resultados. Teniendo en cuenta la popularidad de la red social Instagram en Rusia se tomó la decisión de probar la suerte a través de ella. Entonces buscando con la etiqueta (hashtag) #fibromialgy y #фибромиалгия, se encuentran los primeros encuestados. Pero los resultados eran muy pobres a la cantidad de encuestados y es entonces, cuando una de las encuestadas ofreció agregar a la autora de este trabajo en un chat de Instagram, para presentarse ahí y ofrecer a la gente participar en la encuesta. Muchos de los miembros de este chat participaron en la encuesta, respondiendo por mensajes privados.

De esta manera se consiguió un número suficiente y necesario para seguir con el análisis y posteriormente la comparación de la información obtenida.

He de mencionar, que el perfil de los encuestados en Rusia y España variaba un poco. Haciendo una media de edad, los pacientes rusos son un poco más jóvenes que los pacientes españoles. Pero la diferencia de edad no es tan grande y en esta investigación no tiene suficiente peso.

Cuando ya se han recibido por correo electrónico todas las respuestas de los encuestados necesarios para realizar esta investigación, el siguiente paso, fue analizar las respuestas y sacar las conclusiones.

Tras esto, se recopilaron todos los términos médicos que aparecen en este trabajo y los que a continuación se agregaran al anexo de glosario. Entre ellos, aleatoriamente, se seleccionaron unos 40, que a continuación han sido investigados. Se realizó la búsqueda de la etimología de cada uno de ellos y el equivalente en ruso con su etimología, y se comentaron los resultados.

En cuanto al trabajo realizado para presente trabajo, he de mencionar, que tras el estudio exhaustivo y detallado acerca de la enfermedad, la información adquirida durante el trabajo hizo que la autora pudiera explicar y aclarar algunos aspectos a los miembros de la asociación. El día que tuvo lugar la segunda reunión coincidió con el primer día de nuevo miembro. La mayoría de las preguntas planteadas en aquella reunión resolvieron los socios, pero también hicieron algunas preguntas a la autora que intentó resolverlas con máxima claridad posible. La pregunta principal que le hicieron fue relacionada con el tema del impacto de fibromialgia a la vida diaria y cómo demostrarles a los familiares y gente de su entorno que no se inventan síntomas y realmente se encuentra mal. La recomendación ha sido enseñar la información de interés que aparece en el Libro Blanco.

Y por lo último, tras todo el trabajo realizado, se le da forma al presente estudio, elaborando y trabajando sus anexos, la bibliografía y la portada. Los anexos incluyen las

traducciones de los folletos informativos de la asociación y los formularios necesarios de rellenar para hacerse socio, el glosario formado y elaborado durante todo el estudio y la traducción de los apartados principales de este trabajo.

Para concluir, con el presente apartado de trabajo, hemos de destacar algunos elementos fundamentales que hicieron que este trabajo se llevara a cabo con éxito con la metodología escogida. Una guía de objetivos e información necesaria para elaborar bien las preguntas de la encuesta y los objetivos claros han sido unos de los elementos principales y de gran peso. Otro elemento muy importante ha sido la disposición de los pacientes a colaborar en un estudio que no sea de un estudiante de medicina, sino de idiomas. Esto último, hizo que el trabajo se pudiera realizar de una manera elaborada, seguida y lo más importante, sin demasiados obstáculos por el camino. Asimismo, el tiempo, el esfuerzo y la dedicación de cada uno de los encuestados, hicieron que se desarrollase con éxito la metodología escogida.

3. Etiología.

No se conoce la causa exacta de la fibromialgia, pero se cree que está afectada por factores psicológicos, genéticos, neurobiológicos, así como por condiciones ambientales. Hay evidencia de que los factores ambientales y algunos genes aumentan el riesgo de padecer fibromialgia. Los mismos genes también están asociados con otros síndromes somáticos funcionales, como el trastorno depresivo mayor. El síntoma principal de la fibromialgia, dolor generalizado, es el resultado del desequilibrio neuroquímico e incluye la activación de los mecanismos inflamatorios en el cerebro que causan un tratamiento del dolor anormal.

El cerebro de un paciente con fibromialgia refleja diferencias funcionales y estructurales con el cerebro de personas sanas. Algunos investigadores sospechan que estas anomalías cerebrales pueden deberse al estrés en la infancia o al estrés prolongado.

La fibromialgia es reconocida por el Instituto Nacional de Salud de EE. UU. y el Colegio Americano de Reumatología. Dicha enfermedad se describe como un "síndrome de sensibilización central", causado por anomalías biológicas en el sistema nervioso y provoca dolor, alteraciones cognitivas y problemas psicológicos. A pesar de esto, existe controversia sobre la causa y la naturaleza de fibromialgia, así como sobre el modo en que las personas con fibromialgia se describen en la comunidad médica. El Dr. Frederick Wolfe, autor principal de la publicación en 1990 por primera vez define las pautas de diagnóstico para la fibromialgia: afirma que él considera que las causas de la fibromialgia son "controvertidas" y *"Hay muchos factores que causan estos síntomas - algunos son psicológicos y algunos son físicos y no coexisten en el continuo"*.

Se desarrollaron varias hipótesis, entre ellas la de "sensibilización central". Esta teoría establece que las personas con fibromialgia tienen un umbral bajo para la sensibilidad al dolor en las células de la médula espinal o el cerebro. El dolor neuropático y el trastorno depresivo mayor a menudo coexisten con la fibromialgia, cuya causa de concomitancia es la anormalidad genética común que conduce a alteraciones en sistemas de señalización monoaminérgicos, glutaminérgicos, neurotróficos y opioides y en los sistemas de transmisiones con citoquinas proinflamatorias. En estos individuos, el estrés psicológico y la morbilidad pueden causar anomalías en los mecanismos del estrés y las inflamaciones, que a su vez regulan el estado de ánimo y el dolor. Finalmente, la sensibilización y el efecto de la "inflamación" se producen en ciertas neuronas, lo que conduce al desarrollo de la fibromialgia y, en algunos casos, a los trastornos del estado de ánimo.

Hay evidencia que sugiere que el dolor en la fibromialgia es el resultado de alteraciones en las vías de procesamiento del dolor. Es decir, en neuronas cuyo umbral de sensibilidad es demasiado alto, la hipersensibilidad de las vías para la transmisión, el tratamiento del dolor y la reducción de la actividad de las señales que suprimen el dolor en el cerebro es el resultado de los síntomas en una persona que padece fibromialgia. Algunas anomalías neuroquímicas que se producen en la fibromialgia también participan en cambios en el estado de ánimo y el sueño. Por lo tanto, esto explica por qué la alteración del estado de ánimo, el sueño y el agotamiento son, en la mayoría de los casos, concomitantes con fibromialgia.

3.1. Genética

Existe evidencia que sugiere que los factores genéticos pueden jugar un papel clave en el desarrollo de la fibromialgia. Por ejemplo, hay familias con varios casos de dicha enfermedad. En un estudio realizado en Suecia relativo a la aparición de la enfermedad en gemelos, se muestra la existencia de un marcador genético que arroja, en el caso de los gemelos monocigóticos, un 15% de probabilidad de que el otro tenga dolor crónico, mientras que en el caso de los gemelos dicigóticos la probabilidad es de 7%.

El mecanismo de herencia no se conoce actualmente, pero es más probable que sea de naturaleza poligénica. Los investigadores también demostraron que la fibromialgia se une potencialmente a polimorfismos en los genes que codifican los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y catecolaminérgicos. Aunque estos polimorfismos no son específicos de la fibromialgia y están asociados con muchos trastornos relacionados (síndrome de agotamiento crónico, síndrome del intestino irritable) y con depresión. Los individuos con polimorfismo 102T / C de los receptores 5-HT2A tienen un mayor riesgo de fibromialgia.

3.2. Estilo de Vida

El estrés puede ser un factor importante en el desarrollo de la dicha enfermedad. La fibromialgia suele coexistir con trastornos asociados con el estrés como el síndrome de agotamiento crónico, trastorno de estrés postraumático, síndrome del intestino irritable y depresión. Una revisión sistemática reveló una asociación significativa entre la fibromialgia y los casos de violencia física y sexual en la infancia, así como en adultos, aunque en éste la calidad del estudio fue baja. Los estilos de vida perjudiciales, como fumar, la obesidad sumado a la alodinia, pueden aumentar el riesgo de que una persona padezca fibromialgia. Dos estudios que utilizaron 1H-MRS (espectroscopia de resonancia magnética) revelaron alteraciones metabólicas en el complejo del hipocampo en personas con fibromialgia. Dado que el hipocampo juega un papel importante en el mantenimiento de la función cognitiva, la regulación del sueño y el dolor se ha sugerido que la disfunción metabólica del hipocampo puede ser la causa de estos síntomas. Algunos autores sospechan que la influencia de las condiciones de estrés puede cambiar la función del eje hipocampo-hipófisis-suprarrenal, es decir, el desarrollo de la fibromialgia puede deberse a la aparición de alteraciones en este sistema.

3.3. Trastornos del Sueño

En 1975, Moldofsky et al informaron sobre la presencia de una actividad alfa anormal (generalmente asociada con el estado de vigilia) detectada durante la fase NREM del sueño (o fase de sueño lento) en pacientes con "síndrome de fibrositis". Con la ayuda de la modificación artificial de la fase IV del sueño de forma permanente a personas jóvenes y sanas, los investigadores recrearon un aumento significativo en la sensibilidad muscular, al igual que en las personas con un síndrome de "dolor musculoesquelético neurasténico". Este síntoma se revirtió después de que los sujetos restablecieran nuevamente la secuencia normal y la proporción de las fases del sueño.

3.4. Factores Psicológicos

Hay pruebas sólidas de que un trastorno depresivo mayor está asociado con la fibromialgia (1999), aunque la naturaleza de esta combinación es cuestionable. El estudio de la asociación entre la fibromialgia y el trastorno depresivo mayor mostró una similitud significativa en los trastornos neuroendocrinos, las características psicológicas, los síntomas y el tratamiento de la fibromialgia y el trastorno depresivo mayor, aunque los datos recientes no apoyan la idea de que un trastorno depresivo mayor y la fibromialgia tienen una base común o pueden atribuirse a un mismo concepto de desarrollo del síndrome. De hecho, la sensación de dolor tiene al menos 2 componentes, el componente sensorial que es responsable de la amplitud y la ubicación del dolor, y el componente motivacional-afectivo, que es responsable de la incomodidad y el descontento. Sobre la base de los datos de investigación sobre el uso de imágenes por resonancia magnética funcional, cuyo objetivo era evaluar la respuesta del cerebro al dolor experimentalmente modelado en personas con fibromialgia, se concluyó que los síntomas depresivos estaban asociados con la respuesta del cerebro al dolor inducido específicamente en regiones cerebrales, involucrado en la percepción afectiva del dolor, pero no asociado con las zonas de procesamiento sensorial, lo que a su vez indica que un aumento en la medición sensorial del dolor en la fibromialgia ocurre independientemente del estado de ánimo o procesos emocionales. La fibromialgia también se asocia con un trastorno afectivo bipolar, especialmente con el componente hipomaníaco.

3.5. Disfunción de la Dopamina

La hipótesis de la dopamina de la fibromialgia afirma que el principal problema que causa los síntomas de la fibromialgia es una degradación de la transmisión neural normal asociada a la dopamina. El neurotransmisor dopamina es una catecolamina, que desempeña un papel en la percepción del dolor, la analgesia natural, la coordinación de ciertos movimientos musculares, la regulación de la memoria y los procesos cognitivos asociados al aprendizaje. También hay evidencia significativa sobre el papel de la dopamina en el síndrome de piernas inquietas, que a su vez es común en pacientes con fibromialgia. Algunas personas con fibromialgia dan una respuesta positiva al tratamiento que incluye pramipexol, un agonista dopaminérgico que estimula selectivamente el subtipo de receptores D2 / D3 y se usa a menudo en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y el síndrome de piernas inquietas.

3.6. Metabolismo de la Serotonina

En 1975, los investigadores formularon la hipótesis de que la serotonina, un neurotransmisor que regula la secuencia de las fases del sueño, el estado de ánimo, la concentración y el dolor, puede desempeñar un papel en la fisiopatología de los síntomas que se producen en la fibromialgia. En 1992, se detectó una reducción en los metabolitos de serotonina en la sangre y el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con

dicha enfermedad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tuvieron un éxito bastante limitado para aliviar los síntomas de este trastorno, mientras que los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) mostraron mejores resultados. A pesar de estos datos, la relevancia de la alteración del metabolismo de la serotonina en la fibromialgia sigue siendo un tema de debate. Al contrario de lo anterior, los medicamentos que bloquean ciertos efectos de la serotonina (bloqueo del receptor del subtipo 5-HT^3) son más efectivos.

3.7. Sensibilidad Polimodal

Los resultados de los estudios que evaluaron la respuesta a la estimulación experimental sugieren que las personas con fibromialgia pueden tener una mayor sensibilidad del sistema nociceptivo, que percibe principalmente el dolor, así como la presión, la temperatura alta y baja, la estimulación eléctrica y química. Los experimentos sobre los mecanismos de regulación del dolor han demostrado que las personas con fibromialgia tienen un fenómeno elevado de sumación temporal (wind-up) en respuesta a la estimulación repetida y la falta de efecto analgésico de los ejercicios físicos.

3.8. Alteración Neuroendocrina

El nivel de hormonas que está mediada por la hormona del crecimiento, incluido el factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1), el cortisol, la leptina y el neuropéptido Y, pueden verse alterados en las personas con fibromialgia.

Algunos autores demostraron niveles bajos de hormona somatotropina, así como IGF-1 en pacientes con fibromialgia en comparación con el grupo de control. Además, las personas con fibromialgia tienen una alteración de la secuencia de las fases del sueño, incluidas 3 y 4 etapas de la fase del sueño (no-REM), durante las cuales se libera una cantidad significativa de hormona somatotropina. Los datos que confirman el papel de la deficiencia de hormona somatotropina en la fibromialgia están respaldados por el hecho de que las personas con algunos síntomas de fibromialgia en realidad tienen esta deficiencia.

La hormona somatotropina juega un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis en los músculos. Se han sugerido ideas acerca de que su déficit puede ser la causa del retraso en la restauración del tejido muscular después de un microtraumatismo en pacientes con fibromialgia. Los bajos niveles de IGF-1 en algunas personas con fibromialgia han llevado al desarrollo de la teoría de que estas personas pueden tener otro síndrome diferente, la deficiencia de hormona somatotropina. A pesar de esto, la controversia sobre el papel de la hormona somatotropina en el desarrollo de la fibromialgia sigue sin resolverse.

Las personas con fibromialgia pueden tener alteraciones en las funciones neuroendocrinas normales, como hipercortisolismo moderado, hiperreactividad hipofisaria en la secreción de hormona adrenocorticotropa, como respuesta a un mecanismo de retroalimentación negativa inversa. Otros trastornos incluyen la

disminución de la sensibilidad a la hormona estimulante de la tiroides, que a su vez reduce la liberación de hormonas tiroideas (T3, T4), así como la descomposición de la excreción de prolactina, en respuesta a la hiposecreción de andrógenos en las glándulas suprarrenales. Estos cambios pueden ser el resultado de estrés crónico, que lleva a la activación de las neuronas hipotalámicas responsables de la asignación de factores liberadores de corticotropina. El aumento crónico de la actividad de estas neuronas puede contribuir a interrumpir el funcionamiento del eje hipofisario-suprarrenal y aumentar la estimulación para la asignación de somatostatina, que a su vez puede suprimir la liberación de otras hormonas.

3.9. Hiperactividad Simpática

El examen funcional del sistema nervioso autónomo en personas con fibromialgia demostró una hiperactividad del sistema nervioso simpático en reposo con una disminución de la respuesta simpatoadrenal a diversos factores estresantes, incluida la actividad física y el estrés psicológico. Las personas con fibromialgia muestran una menor variabilidad de la frecuencia cardíaca, que es un buen indicativo del desequilibrio simpático-parasimpático, que a su vez apunta a la hiperactividad simpática alargada, especialmente por la noche. Además, los niveles del neuropéptido Y en el plasma es menor en las personas con fibromialgia, mientras que los niveles de adrenalina y noradrenalina tienen alguna variabilidad, que podrían ser normal, baja o alta.

La introducción de la interleucina-6 (IL-6), una citoquina que estimula la secreción de factor liberador de corticotropina, que a su vez estimula la actividad del sistema nervioso simpático, conduce a un aumento significativo en el nivel de circulación de norepinefrina y un aumento significativo de la frecuencia cardiaca en gente con fibromialgia que no se observa en individuos sanos.

3.10. Cambios en el Líquido Cefalorraquídeo

Uno de los hallazgos de laboratorio más prominentes en los pacientes con fibromialgia es la mejora de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, el cual es un neurotransmisor nociceptivo. Los metabolitos de los neurotransmisores de monoaminas, como la serotonina, la norepinefrina, la dopamina, desempeñan un papel en los procesos de analgesia natural. Y el nivel de cada uno de ellos tiene tasas reducidas en estos pacientes cuando la concentración de opioides endógenos (endorfinas, encefalinas) es elevada. La concentración media de factor de crecimiento nervioso (NGF), una sustancia que promueve la plasticidad estructural y funcional de las vías nociceptivas en los ganglios de la raíz posterior y la médula espinal se incrementa. También hay evidencia de un aumento en los niveles de aminoácidos excitadores en el hígado.

3.11. Estudio de Visualización del Cerebro

Los datos sobre la participación de trastornos cerebrales en el desarrollo de la fibromialgia se obtuvieron mediante neuroimagen funcional. El primer hallazgo fue el descubrimiento de una disminución del flujo sanguíneo en el tálamo y los ganglios basales, así como en los núcleos del puente. También se ha demostrado la diversidad en la activación en respuesta a los estímulos del dolor. Los centros que muestran activación en respuesta a los estímulos del dolor son: la corteza somatosensorial primaria y secundaria, la corteza cingular anterior y la corteza de la ínsula. También se muestra la activación en el aspecto de la percepción del dolor para estímulos pequeños en las siguientes áreas: prefrontal, ínsula y en el giro cingulado.

La evidencia de alteraciones del hipocampo, es decir, los cambios en la proporción de metabolitos, se demostró mediante espectroscopia de resonancia magnética (1H-MRS). Se demostró una correlación significativa entre las alteraciones de los niveles metabólicos mediante el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. La relación entre la fuerza del dolor y la concentración de neurotransmisores excitadores, como el glutamato en la corteza de la ínsula, también se demostró mediante el uso de espectroscopia de resonancia magnética. El aumento en la tasa de atrofia normal del cerebro asociada con la edad se demostró mediante VBM. Las áreas con una disminución de la materia gris fueron: la corteza cingular, ínsula y giro parahipocampal. La pérdida de materia gris se incrementó en 9.5 veces en comparación con los valores normales por un año.

Los experimentos con tomografía por emisión de positrones mostraron una disminución en la síntesis de dopamina en el tronco cerebral y en los elementos de la corteza límbica. Una relación significativa entre la intensidad del dolor y la síntesis de dopamina se encontró en la corteza de los islotes. Uno de los estudios mostró una alteración de la reactividad dopaminérgica en el ataque de un estímulo de dolor tónico en los ganglios basales con una asociación significativa entre la característica distintiva de la enfermedad (índice de sensibilidad) y el potencial de unión de los receptores del subtipo D2, es decir, en la cáscara.

Finalmente, la disponibilidad reducida de receptores *mu* opioides en el estriado ventral y el núcleo adyacente se demostró con una correlación negativa significativa entre el nivel de dolor afectivo y la disponibilidad de receptores en el núcleo adyacente.

3.12. Etiopatogenia

Puesto que cada vez se descubren más anormalidades neuroquímicas a distintos niveles cerebrales, la mayoría de los investigadores coinciden en que la fibromialgia no es una enfermedad del sistema nervioso periférico, sino que es una condición de origen cerebral. Así, se han observado niveles hasta tres veces más altos de sustancia P en los pacientes que en los controles mostraron niveles bajos de hormona de crecimiento (GH) y cortisol, lo que aumenta la presencia de hiperprolactinemia y que contribuye también al déficit de serotonina por un defecto en la absorción digestiva de triptófano.

Es interesante, a su vez, la comprobación de cómo la serotonina (así como la encefalina y la noradrenalina) que actúa como inhibidor en las vías de transmisión del dolor a nivel del asta posterior de la médula espinal, está en niveles deficientes en pacientes que padecen fibromialgia. El desbalance a estos niveles en los recientes estudios de alteraciones a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal podría justificar la teoría de "síndrome relacionado con el estrés", según lo plantean algunos investigadores. Así como alteraciones en neurotransmisores como péptido de calcitonina, noradrenalina, endorfinas, dopamina, histamina y GABA, o déficits en hormona de crecimiento.

Las investigaciones recientes apoyarían la hipótesis de que la elevada actividad de hormona corticotropa determinaría muchos síntomas de la fibromialgia y múltiples alteraciones en los ejes hormonales (Fig. 2).

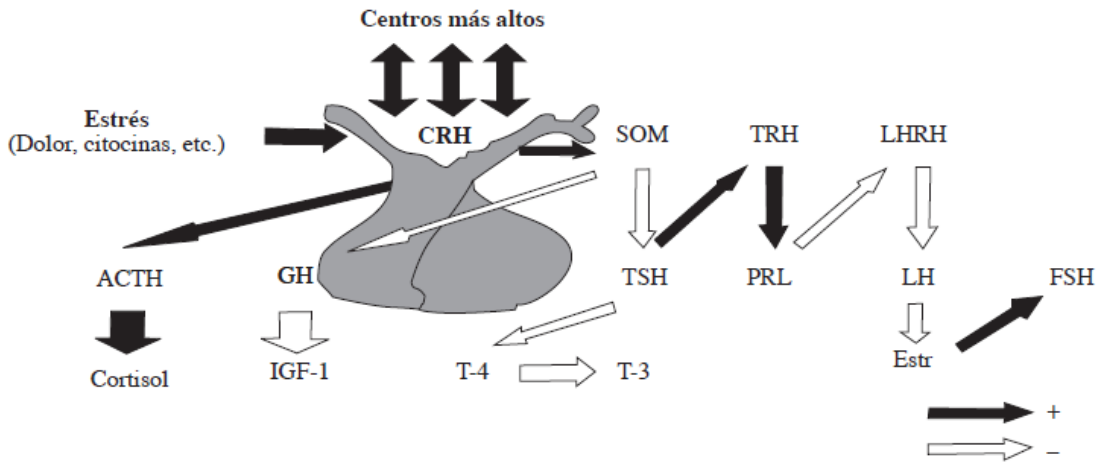

Fig. 2—Modelo de interacciones hormonales en pacientes con fibromialgia. Tomada de G. Neeck (29).

Algunas investigaciones incluso relacionan la existencia de un traumatismo como factor desencadenante del desarrollo de fibromialgia, mientras que otras se inclinan por un origen microbiológico, virus o micoplasma, como agente casual. En otras ocasiones se insiste en una condición hereditaria, genética, pero en definitiva no existe una causa que reúne todas ellas.

No obstante, cada día resulta más evidente la existencia de anormalidades en la percepción del dolor a nivel cerebral en los pacientes que padecen fibromialgia, aunque no se pueda diferenciar si se trata de una reacción exagerada a estímulos normales o bien una respuesta amplificada a estímulos verdaderamente dolorosos (hiperalgesia), si bien esta última sea quizás la más aceptada. (Villanueva et al, 2004: 54-55)

4. Diagnóstico.

Wolfe propuso una amplia categorización de la fibromialgia, con tres grados: posible, probable y definitiva, que venía a posicionarse de forma más real y práctica ante los pacientes que lo que propiamente delimitaba el consenso de la Academia Americana de Reumatología (Tabla 2).

TABLA 2. CRITERIOS CLÍNICO-DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA (FB) (17)

	Características de "no fibromialgia"	*Características de "FB indeterminada"*	*Características de "FB típica"*
Dolor	Sin / limitado	Dolor de regional a extenso, en general con contigüidad pero NO generalizado	Dolor *generalizado*
Puntos dolorosos	0-5 0-20%	6-10 20-55%	11 o > 60%
Síntomas	Ninguno o raros	De pocos a muchos	Muchos

→ FB *definitiva*: todas las características de la FB típica.
→ FB *probable*: dos de las tres características de la FB típica.
→ FB *posible*: una de las tres características de la FB típica y dos de las tres características de la FB indeterminada.

(Villanueva et al, 2004)

No existen pruebas complementarias ni datos radiológicos que apoyen el diagnóstico, siendo la normalidad de estas un apoyo más al realizar el diagnóstico. Aun así, deben realizarse una serie de pruebas con el fin de realizar el diagnóstico diferencial correctamente (Tablas 3 y 4).

TABLA 3. PRUEBAS LABORATORIO EN FIBROMIALGIA

—Hemograma completo
Bioquímica sanguínea (incluyendo calcio, enzimas musculares, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide)
—Velocidad de sedimentación globular
—Hormonas tiroideas

TABLA 4. FIBROMIALGIA. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Enfermedades reumáticas
- Polimiositis y dermatomiositis
- Polimialgia reumática
- Lupus eritematoso sistémico
- Artritis reumatoide
- Síndrome de Sjögren

Enfermedades musculares
- Miopatías inflamatorias
- Miopatías de causa metabólica

Enfermedades endocrinometabólicas
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Insuficiencia suprarrenal
- Osteomalacia

Enfermedades infecciosas
- Enfermedad de Lyme
- Síndrome postviral (Epstein-Barr, VIH)

Enfermedades neurológicas
- Enfermedad de Parkinson
- Miastenia gravis
- Síndrome miasteniformes

Enfermedades neoplásicas
- Enfermedad metastásica/paraneoplásica

Enfermedades psiquiátricas
- Síndrome depresivo
- Trastorno por somatización

Síndrome de fatiga crónica

Síndrome miofascial

Respecto al pronóstico, los datos que manejamos en la actualidad no son alentadores, y deben transmitirse en mayor o menor medida a los pacientes para no crear falsas expectativas (Tabla 5).

TABLA 5. PRONÓSTICO DE LA FIBROMIALGIA

—A los 10 años persisten los síntomas
—Duración media de síntomas > *15 años*
—50% no acude a consulta > 10 años de evolución
—*Empeoran* de dolor el 55%
—Empeoran de la fatigabilidad el 48%
—Empeoran los trastornos del sueño 59%
—Un 80% continúan con medicación
—Alrededor de un 66% refieren *mejoría leve* globalmente

4.1. Diagnóstico en España y países hispanoparlantes

La situación de las personas que padecen fibromialgia en España y países hispanohablantes es bastante complicada. La primera razón es la dificultad de diagnosticar la dicha enfermedad. Muchos de los profesionales no reconocen la fibromialgia como una enfermedad y no todos los médicos la diagnostican. Lo argumentan basándose en que para realizar el diagnóstico hay que excluir otras posibles enfermedades que tienen los síntomas parecidos o que pueden provocar alguna reacción del organismo exclusiva, es decir, cuando un paciente tiene una enfermedad con algunos síntomas similares a los de la fibromialgia, pero el organismo por algún motivo reacciona de manera diferente a la propia enfermedad o a su tratamiento y aparecen nuevos síntomas compatibles con la fibromialgia. También por la posibilidad de que una persona tenga una combinación de dos enfermedades que en un conjunto dan los síntomas parecidos a los de fibromialgia, lo cual puede resultar bastante confuso. Por lo tanto, para diagnosticar la fibromialgia hay que hacer un diferencial con las posibles enfermedades de similar sintomatología con las que se puede confundir e ir descartándolas.

Así, por ejemplo, si el paciente es una persona mayor es posible que el dolor que tiene esté provocado por artritis o artrosis. Al paciente se le hace una prueba de sangre reumatológica, que según si es positiva o negativa confirma o desmiente el diagnóstico de artritis o artrosis u otra enfermedad reumatológica.

El problema principal está en que se puede tardar unos cinco años en diagnosticar fibromialgia, o en algunos casos extremos, puede llegar incluso a unos diez años. Como se ha dicho anteriormente, el paciente todo este tiempo sufre de falta de información y no comprende bien del todo lo que le está pasando y por qué siente estos dolores. Lo cual puede ser una de las razones de saltos de humor y leve depresión, que siempre relacionan con la enfermedad. Debido a esto, en España, en algunos libros, los especialistas prestan mucha atención a la educación del paciente. Es decir, darle toda la

información posible sobre el diagnóstico que tiene y cómo tratarlos. Según los resultados de las entrevistas que se han realizado, los pacientes educados padecen en menor cantidad depresión y tienen mejoría en los ámbitos laboral y sociofamiliar.

Para diagnosticar la fibromialgia es esencial la exploración física detallada y exhaustiva, tanto para confirmarla como para descartar otras enfermedades, sobre todo los del sistema osteoarticular (por ejemplo, como se ha mencionado antes, artritis o artrosis) y neurológico.

Un rasgo diferencial de fibromialgia de algunas enfermedades osteoarticulares es el aspecto articular y movilidad normal, a menos que coexista con otra enfermedad osteoarticular de cualquier tipo.

Es frecuente encontrar la aparición de dolor a los estiramientos laterales tanto a nivel cervical como a nivel lumbral. También en una parte de los pacientes se detecta alodinia dinámica al roce cutáneo, generalmente en la zona de los trapecios, parte proximal de brazos y muslos, que estas personas definen como una sensación de ardor o escozor, al realizar la estimulación, entre otros signos neurológicos.

4.1.1. Anamnesis

-DOLOR generalizado y variable en su localización es el síntoma principal, cuya intensidad es mucho mayor que en otras enfermedades (por ejemplo, en la artritis reumatoide).

Se agrava ante situaciones de estrés, frío, humedad, mala calidad de sueño, experiencia previa de dolor, actividad de la enfermedad, estado de ánimo, ambiente sociofamiliar, etc. Debido a todas estas circunstancias variables nos podemos encontrar con el siguiente círculo vicioso de dolor crónico e incapacitante, que le aumenta el estrés y malestar:

1.-Generalizado

2.-Gran intensidad

3.-Más frecuente en determinadas zonas (los 18 puntos sensibles)

4.-Factores agravantes: frío, humedad, …

5.-Desencadena estrés y malestar general

6.-Difícil de controlar

Causas del dolor generalizado

ÓSEAS

·Osteopatías metabólicas

·Osteomalacia

·E. Paget poliostótica

·Hiperparatiroidismo

·Osteopatías tumorales

ARTICULARES

·Poliartritis

·Infecciones

·Bacterianas

·Víricas

·Otras infecciones

·Postinfecciosas

·Fiebre reumática

·Sd. De Reiter

·Infecciones entéricas

·Espondiloartropatías seronegativas

·E. anquilosante

·Artritis psoriásica

·Enfermedad inflamatoria intestinal

·Enfermedades difusas del tejido conjuntivo

·Artritis reumatoide

·Lupus eritematoso sistémico

·Vasculitis

MUSCULARES Y DE PARTES BLANDAS

·Fibromialgia

·Síndrome de fatiga crónica

·Depresión

·Polimialgia reumática

·Miopatías inflamatorias y metabólicas

·Hipotiroidismo

Características del dolor en fibromialgia

Por lo general el dolor es el síntoma más destacado y por el que el paciente suele acudir a su médico o reumatólogo. Aparte de otros síntomas que también influyen en el bienestar del paciente, éste es el que más cuesta afrontar y superar. Lo más común es que cuando se siente dolor en cualquier parte, antes de acudir a un profesional, se tome un analgésico, como el ibuprofeno o el paracetamol; sin embargo, en la fibromialgia lo más duro de este síntoma es que no desaparece después de haber tomado el fármaco. Los medicamentos, por lo general, suelen aliviar un poco el dolor, pero nunca quitarlo del todo. Otra de las razones por la cual es tan importante la educación e información

adecuada al paciente es el hecho de no saber por qué sienten el dolor, pensando que no es nada grave y empezando a tomar medicamentos por su cuenta, con lo cual poco a poco van pasando de unos dolores “suaves” a otros más fuertes. El organismo de los pacientes que padecen fibromialgia suele acostumbrarse más rápido a los medicamentos y con el tiempo dejan de hacer su efecto.

Es muy importante tener acceso a esta información, ya que a muchos de los pacientes les puede pasar que no se den cuenta de cuándo se acostumbran a consumir algún tipo de medicamento que pueda generar tolerancia o adicción y ya no pueden imaginar su día normal sin tomarse una pastilla por la mañana o a lo largo del día. Otra razón muy importante es el descontrol de cantidad de fármacos que puede llegar a tomarse el paciente. El pensamiento de que, si una pastilla no hace su efecto se pueden tomar dos o tres a la vez, es bastante común entre todos los pacientes. El hecho de ignorar las prescripciones de un médico es el error más frecuente y perjudicial para su salud.

El dolor que produce la fibromialgia realmente está presente durante todo el tiempo, es decir, desde que el paciente se despierta hasta que se duerme. Sin embargo, no siempre se le presta atención. El organismo humano está hecho de tal manera que cuando siente molestias empieza producir ciertas hormonas que luchan contra ese dolor o la sensación de dolor que tiene. La psique humana también ayuda en este sentido, porque traspasa el dolor a un segundo plano con el tiempo para que la persona pueda funcionar de manera normal.

Todo lo anterior se refiere a que un paciente que padece fibromialgia siempre va a sentir el dolor, pero al ser continuo y estar mantenido en un mismo nivel puede llegar a no percibirlo, ya que su cuerpo intenta ayudarle a “omitirlo” y sentirse bien, pero nunca es un “sentirse bien” como aquéllos que no padecen este tipo de dolor crónico. Siempre hay molestias, simplemente que con el tiempo el paciente se acostumbra y sabe cómo sobrellevarlo y vivir con él.

Aunque la fibromialgia se clasifica basándose en la presencia de dolor crónico difundido, el dolor también puede ser local en la zona de los hombros, cuello, espalda, cadera y otros más (Fig.1 mencionada en apartado 1.2. Significado y definición). Muchos de los pacientes también refieren tener dolor miofascial de diferente intensidad acompañado por disfunción de la articulación temporomandibular.

En algunos casos (en torno al 20-30%) los pacientes que padecen el artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico tienen fibromialgia comórbida.

-RIGIDEZ matutina es otro dato clínico importante en el diagnóstico de fibromialgia. Es variable en su duración y suele ser menor que en las enfermedades inflamatorias de tipo reumático.

Según los pacientes no es un factor primordial, sino un factor condicionante, ya que desaparece lentamente con el ejercicio y la movilidad, por lo que no se considera un problema de primera magnitud.

Es importante saber que ciertas sustancias pueden desencadenar una rigidez matutina y si el paciente toma alguna de ellas debe de considerarse la posibilidad de dejarlo, para poder diagnosticar correctamente la fibromialgia, ya que puede que la

rigidez matutina no sea un síntoma, sino un efecto secundario. Entre estas sustancias destacamos:

1.-Anfetamina y sus derivados.

2.-Antidepresivos tricíclicos.

3.-Cocaína y crack.

4.-Estricnina.

5.-Fenciclidina.

6.-Haloperidol.

7.-Inhibidores de la MAO.

8.-Sales de Litio.

Aunque no suele prestarse demasiada atención a este síntoma, es muy importante sobre todo en el ámbito laboral. Un paciente de fibromialgia se siente cansado por la mañana, cuando realmente debería sentirse bien y lleno de energía. Influye en el ámbito laboral de tal manera que el paciente no puede comprometerse a llegar al trabajo todos los días a las 8 de la mañana, porque hay días en los que ni siquiera se pueden levantar de la cama.

-**ASTENIA** (debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar las tareas que en condiciones normales hace fácilmente) intensa, más aún por la mañana y que además empeora con la actividad física. Está muy unida al sueño poco reparador y las situaciones de estrés mental. Puede mejorar a lo largo del día y el reposo.

Junto con la rigidez matutina, causa problemas para levantarse temprano y hacer cualquier actividad diaria. Como consecuencia puede causar molestias no solo al paciente, sino también a su entorno laboral y sociofamiliar.

Es más fácil afrontarlo cuando entiendes qué es lo que le pasa a tu cuerpo y por qué tienes dolores, cansancio y rigidez. Se podría decir que es uno de los síntomas que causan también una depresión leve. Cuando eres joven, pero no puedes moverte como tus amigos, cuando después de descansar sigues cansado y cuando no puedes concentrarte en nada concreto se puede empezar con pensamientos negativos y acabar con trastornos de tipo depresivo. Es complicado, cuando se aparenta ser una persona sana, pero no se siente así.

Muchos de los entrevistados para esta investigación han pasado por esta situación. Sobre todo, en los ámbitos sociales y familiares, cuando sus seres queridos no les creían que tienen los dolores continuos y que no son capaces de hacer todas las actividades, que se cansan antes que la gente mayor y que realmente están limitados en bastantes cosas y no disfrutan de la vida como los demás. Una chica de las entrevistadas confesó que para ella fue sobre todo más difícil cuando se montaba en un transporte público y entraba la gente mayor y por no encontrarse bien no podía levantarse para dejarles el sitio. El hecho de saber que tienes que hacerlo por la educación, pero no puedes hacerlo físicamente le hacía sufrir psicológicamente.

-**ALTERACIONES DEL SUEÑO** en los pacientes con fibromialgia es algo muy normal: estos pacientes suelen tener insomnio y, si duermen, lo hacen “mal y tarde”. El sueño no es muy profundo, con ritmo muy fraccionado y con frecuente despertar. Los pacientes se levantan cansados, les cuesta vencer la inercia para comenzar su actividad, sobre todo por la mañana.

Se ha notado un sueño no restaurador en el 75% de los pacientes con fibromialgia, demostrándose electroencefalográficamente la irrupción espontánea de ondas alfa dentro del ritmo lento delta del sueño profundo.

El grupo del Doctor Moldofsky realizó una caracterización del sueño alfa en la fibromialgia, demostrando tres tipos de patrones del sueño alfa como son el patrón fásico, el tónico y el bajo, encontrando que el patrón fásico es el que se correlaciona mejor con las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Una de las razones por las que los pacientes no pueden dormir bien es el dolor. Es algo muy normal porque para dormirse el cuerpo tiene que relajarse totalmente y cuando sientes dolor no puedes conseguirlo.

Si nos metemos en la búsqueda de Google sobre fibromialgia, hay páginas web donde aconsejan varias actividades y ejercicios para poder relajarse y conseguir dormir antes de lo normal. Algunas de ellas son muy eficaces como, por ejemplo: escoger una postura cómoda para tumbarse, cerrar los ojos e ir relajando el cuerpo parte por parte. Es decir, centrarse, por ejemplo, en las piernas y relajarlas e ir subiendo por partes de cuerpo, repetirlo varias veces y con el tiempo se consigue el resultado más fácilmente y tardando menos tiempo. Es una de las tácticas que se pueden aprender sin que nadie lo enseñe, simplemente sabiendo que si se tiene problemas con sueño se van probando masajes, infusiones, etc. y al final uno aprende a relajarse de la manera que le sea más cómoda.

-**ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO**. El 50 % de los pacientes refieren la sensación subjetiva de hinchazón. Principalmente en las extremidades y puede ser de carácter articular o no articular. No se objetiva ni en la exploración clínica ni mediante pruebas complementarias tipo Gammagrafía Ósea con Tc, etc.

Los síntomas neurológicos más típicos de los pacientes son las cefaleas, en la mayoría de los casos de tipo tensional, y las disestesias.

Las cefaleas podrían ser una de las causas que alteran el sueño de paciente. Normalmente suele ser causado por el cambio climático, temperatura o presión, tanto arterial como la presión climatológica que también influye, al igual que la humedad, el frío y el calor.

Otro rasgo de alteraciones del sistema nervioso es el temblor en las extremidades y en casos más graves, en el cuerpo entero, sin sentir el frío, es simplemente la reacción de cuerpo al cambio radical de temperaturas. Es decir, cuando el paciente se encuentra en una habitación con temperatura más cálida y luego al salir a la calle donde la temperatura es más baja sufre los temblores incontrolables.

-**ALTERACIONES MENTALES**, como la ansiedad y las depresiones, que son muy frecuentes (hasta un 70%) y con una correlación entre el dolor y el estado de ánimo. Existen, incluso, unas características de personalidad ansiosa más marcada en los pacientes con fibromialgia.

También es bastante frecuente en los pacientes el pensamiento negativo y “pocas ganas” de vivir. Los enfermos suelen ser más serios, “fríos”, y poco optimistas. No obstante, no siempre los profesionales llegan a diagnosticar o considerar una posible depresión, ya que presuponen que pueden ser los rasgos de la personalidad del paciente.

Otro posible síntoma de las alteraciones mentales es la incapacidad de paciente concentrarse durante mucho tiempo en una actividad. A los niños que padecen fibromialgia les cuesta estudiar, ya que no son capaces de concentrarse en los estudios. Otro de los problemas que tienen los pacientes son ciertos problemas con la memoria de corto y/o largo plazo. Es otra de las razones por las cuales a los niños con fibromialgia les cuesta estudiar. Muchos de los especialistas recomiendan ejercicios para mejorar la memoria, siendo bastante efectivos según los pacientes, pero una de las tácticas más efectivas de las que comparten los pacientes es relacionar las imágenes, sonidos o información con las emociones. En otras palabras, los pacientes intentan relacionar alguna información con las emociones que les provoca, es más fácil con algunas novedades o información sobre otras personas porque provocan una reacción natural de emociones, pero con los estudios no es tan fácil, sin embargo, con el tiempo se consigue realizarlo con cualquier tipo de información.

-OTRAS ALTERACIONES.

A nivel cardíaco es relativamente frecuente el dolor torácico y disnea (ahogo o dificultad en la respiración), encontrándose a veces prolapsos mitrales (cardiopatía valvular, caracterizada por el desplazamiento de una valva anormalmente engrosada de la válvula mitral).

El síndrome seco o de Sjögren (trastorno autoinmunitario en el cual se destruyen las glándulas que producen las lágrimas y la saliva, lo que causa resequedad en la boca y en los ojos) es muy frecuente y obliga a descartar enfermedades asociadas a él.

Existen otros muchos síntomas, tales como el livedo reticularis (decoloración rojiza y azulada de la piel), una sensibilidad cutánea aumentada (sin dañarse fuertemente, sino con apretones poco fuertes en la piel aparecen edemas), síndrome de piernas inquietas (es un impulso incontrolable de cambiar de postura a la hora de estar sentado, andar y moverse), trastornos funcionales del intestino y del sistema genitourinario, cistitis intersticial, contracciones mioclónicas (contracciones musculares repentinas), hipoglucemia sintomática (nivel anormalmente bajo de glucosa en la sangre), parestesia difusa no dermatológica (sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc.) y una hiperlaxitud articular (aumento exagerado de la movilidad de las articulaciones), más frecuente ésta última en los niños. (Lafuente et al, 2006)

4.1.2. Exploración

- Examen general, muscular y neurológico completo, comprobando al menos, la fuerza muscular, movilidad articular, tono muscular y los reflejos osteotendinosos.

-Se deben presionar los puntos sensibles (presión de 4 Kg de peso) observando el número de ellos donde son dolorosos con esta presión.

-En cuanto a las pruebas complementarias en la fibromialgia, no encontramos alteraciones en la analítica general.

-Las analíticas específicas son similares a los controles. Su significado es incierto.

-Las gammagrafías osteoarticulares, están dentro de los límites normales, presentando solo alteraciones propias de otros procesos patológicos concomitantes.

-Los estudios electromiográficos y neurológicos aportan hallazgos inespecíficos tipo hiperexcitabilidad, síndrome del túnel carpiano, etc.

-La biopsia cutánea puede indicar una mayor permeabilidad vascular y depósitos de IgG en la unión dermoepidérmica.

-Se debe realizar un cuestionario sobre la capacidad funcional:

~ ¿Puede ir a la compra?

~Hacer la colada.

~Preparar la comida.

~Hacer la cama.

~Visitar a los amigos.

~Subir más de un piso.

~Cuidar las plantas.

~Pasar la aspiradora.

-Se debe vigilar la aparición de síntomas como la depresión, la bulimia (trastorno de la alimentación), déficit de atención, migraña y colon irritable (dolor repetido en el abdomen y cambios en la evacuación de las heces).

-Se debe realizar el Cuestionario FIQ (Calidad de Vida):

~Valoración Laboral.

~Valoración Clínica.

~Escala de la Depresión.

~Escala Visual de la dificultad laboral.

El conjunto de anamnesis y exploración permiten ayudar enormemente a diagnosticar o no a un paciente con fibromialgia.

Además de los síntomas característicos y predominantes, existe una serie de entidades que son significativamente más comunes en personas con esta enfermedad que en los controles de sanos o en los afectados de otros cuadros dolorosos crónicos, entre ellos los más aceptados:

MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS:

1.Depresión.

2.Ansiedad.

3.Somatización.

4.Fobias.

5.Crisis de pánico.

FENÓMENO DE RAYNAUD.

SISTEMA CARDIORRESPIRATORIO:

1.Rinitis crónica.

2.Disnea.

3.Dolor torácico.

4.Apnea del sueño.

5.Prolapso de válvula mitral.

APARATO GENITOURINARIO:

1.Urgencia urinaria.

2.Disuria.

3.Síndrome miccional.

4.Dismenorrea primaria.

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS:

1.Disestesias.

2.Cefalea tensional.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

SÍNDROME DE SJÖGREN.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE.

Entre los diagnósticos diferenciales principales encontramos dos grupos: reumáticos y no reumáticos. En el grupo de los reumáticos encontramos las enfermedades como conectivopatías, microfracturas, mieloma múltiple, bursitis, PMR, reumatismo psicógeno y síndrome del dolor miofascial. En el grupo de los no reumáticos figuran: hipertiroidismo e hipotiroidismo e hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, miopatías metabólicas, infecciones crónicas y síndrome de fatiga crónica. (Lafuente et al, 2006)

4.2. Diagnóstico en Rusia y países rusoparlantes

Al igual que en España y países hispanoparlantes, en Rusia y países rusoparlantes no existen criterios claros para el diagnóstico de fibromialgia, solo una escala de criterios, que fue desarrollada en 1990 por ACR, para detectar la posible presencia de la enfermedad. No está diseñado para uso de alto grado en la clínica, sino que principalmente en el marco de la investigación, pero aún no se han desarrollado criterios diagnósticos más claros. Según el Doctor en Ciencias Médicas, profesor del Departamento de Enfermedades Nerviosas de la Facultad de Educación Profesional de Postgrado de la Primera Universidad Estatal de Medicina de Moscú, Andréi Danilov a la pregunta de cómo se diagnostica fibromialgia responde:

«…диагноз фибромиалгии в России ставится крайне редко из-за необычности болезни и недостаточной информированности врачей…При многообразии и очевидности симптомов при фибромиалгии не выявляется каких-либо органических повреждений, что затрудняет постановку диагноза. Подтвердить диагноз врач может после неврологического обследования пациента, обнаружив множественные болезненные точки в характерных местах.»

"…la fibromialgia se diagnostica en Rusia muy raramente debido a lo inusual que es y la falta de conocimiento por parte de los médicos…Con la diversidad y la evidencia de los síntomas en la fibromialgia, no se detecta daño orgánico, las radiografías y las pruebas de laboratorio no muestran anomalías, lo que dificulta el diagnóstico. El médico puede confirmar el diagnóstico después del examen neurológico de un paciente al encontrar múltiples puntos dolorosos en lugares característicos."

Hoy en día la enfermedad se diagnostica basándose en los siguientes factores:

A) El dolor difuso: la presencia de dolor en los cuatro cuadrantes del cuerpo, es decir, izquierda y derecha, en la mitad superior e inferior del cuerpo. El criterio obligatorio es la presencia del dolor en una parte de la columna vertebral (cervical, dorsal, lumbar) o a nivel torácico.
B) La presencia de dolor al menos 3 meses.
C) La sensibilidad (dolor) en puntos específicos en el cuerpo (emparejados), que se determina presionando con cierta fuerza (4kg/cm). Esta fuerza de presión es comparable con la presión necesaria para que el lecho ungueal se ponga de color blanco al presionar la uña. Para una palpación más precisa de estos puntos, es necesario palpar otras partes del cuerpo donde no se altera la sensibilidad, con el mismo esfuerzo. Es un proceso bastante subjetivo que requiere una cierta habilidad. Por lo tanto, es más destinado a fines de investigación. Si el aumento del dolor se determina en 11 puntos sobre 18 (respectivamente, 9 pares), esto ya se considera un criterio para la presencia de fibromialgia.
D) Reducción de la tolerancia al ejercicio físico: aumento de la fatiga, debilidad general, letargo, intolerancia incluso a un ejercicio mínimo ("habitual"), dificultad para realizar movimientos (músculos rígidos y mal controlados).
E) Rigidez en las articulaciones: puede tener un rango significativo (desde el mínimo, prácticamente no perceptible a las restricciones del paciente, hasta una rigidez severa que impide el movimiento). La rigidez es reversible, no progresiva.
F) Falta de motivación y dedicación, pérdida del "gusto de la vida": tales pacientes no pueden no quieren planificar nada en su vida, no se esfuerzan por lograr sus objetivos.

G) Actividades de la vida cotidiana: las tareas diarias se realizan en un volumen más pequeño, con dificultad y tardando más tiempo de lo habitual.
H) Hipersensibilidad al tacto.
I) Trastornos del sueño: el sueño es muy superficial, con frecuentes interrupciones, sin dar una sensación de descanso.
J) Alteraciones en la esfera psicológica: atención reducida, deterioro cognitivo leve, alteración de la memoria, velocidad reducida de los procesos de pensamiento. Los trastornos depresivos con sensación de frustración, ansiedad sin causa y apatía también se clasifican en esta categoría.

Existe un cuestionario especial (aunque en Rusia aún no tiene un uso amplio y generalizado) para la detección de pacientes “potenciales” de fibromialgia. Después de responder a 6 preguntas simples (relacionadas con el síndrome de dolor), el cuestionario le permite identificar la categoría de personas que están sujetas a un examen más exhaustivo para diagnosticar fibromialgia.

El médico le hace las siguientes 6 preguntas, el paciente debe responder con un simple sí o no y dependiendo de los resultados decide cómo seguir con el diagnóstico y si el paciente es potencial fibromiálgico:

-Tengo el dolor en todo el cuerpo;

-El dolor se agrava con una constante sensación de agotamiento;

-El dolor es como ardor, descargas eléctricas o convulsiones;

-El dolor se combina con otras sensaciones inhabituales en todo el cuerpo (piel de gallina, hormigueo o entumecimiento);

-El dolor se combina con otras alteraciones (problemas con la digestión, micción, cefalea, fuerte ganas de mover las piernas, sobre todo antes de irse a dormir);

-El dolor influye mucho en mi vida, sobre todo a mi sueño y capacidad de concentración, estoy un poco más lento. (Bordyliuk)

Un papel importante en el diagnóstico de fibromialgia tiene la refutación de un diagnóstico diferente. Es decir, cuando se trata de un paciente con síntomas similares a la fibromialgia, el médico se enfrenta a la tarea principal de excluir otras enfermedades (a veces más graves). Es por eso por lo que al paciente se le prescribe una serie de exámenes adicionales. Entre ellos se encuentran el análisis de sangre general (búsqueda de cambios inflamatorios), orina, análisis de sangre bioquímicos y la búsqueda de cambios "reumáticos" en la sangre, inmunograma, radiografías de varias secciones de la columna vertebral, electroneuromiografía, examen de la función tiroidea. La lista de exámenes necesarios es individual y depende del estado de salud del paciente. La ausencia de cambios patológicos en los métodos de investigación adicionales es otro criterio para el diagnóstico de la fibromialgia.

Las enfermedades que tienen los síntomas parecidos y que se pueden excluir con una analítica de sangre son siguientes:

-**hipotiroidismo** (insuficiencia tiroidea);

-**polimialgia reumática** (dolor y rigidez en todo el cuerpo);

-**artritis reumatoide** (una enfermedad inflamatoria autoinmune que afecta las articulaciones y los órganos);

-**lupus** (una enfermedad inflamatoria autoinmune que afecta los riñones, el cerebro, las células sanguíneas, el corazón, los pulmones y, a veces, las articulaciones).

El médico puede excluir algunas otras enfermedades si incluye a su analítica siguientes pruebas:

-**La prueba sanguínea completa.** Este análisis incluye el recuento de glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas. También controla la cantidad de hemoglobina en la sangre.

-**Análisis de hormonas tiroideas.** Estas pruebas miden si la glándula tiroides funciona bien y pueden ayudar a su médico a diagnosticar el hipotiroidismo.

-**Análisis de anticuerpos antinucleares (ANA).** Esta prueba determina si usted tiene estos tipos de anticuerpos y puede ayudar a su médico a diagnosticar la artritis reumatoide.

-**Análisis de la proteína C reactiva.** Esta prueba examina la sustancia producida por el hígado, que es un marcador de inflamación.

-**Prueba de velocidad de sedimentación globular (VSG).** Esta prueba examina como de rápido se depositan los glóbulos rojos en la parte inferior del tubo. Esto puede ayudar a su médico a diagnosticar la polimialgia reumática.

Si estas pruebas son negativas el médico estará más convencido de que el paciente padece fibromialgia. (Ostashko, 2019)

5. Tratamiento de fibromialgia en los países hispanoparlantes

Teniendo en cuenta el hecho de que no se conoce la etiología exacta de la fibromialgia, su tratamiento es sintomático. Es decir, con diversos tipos de tratamiento se intenta conseguir aliviar las diversas manifestaciones clínicas, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Por un lado, y lo más importante, el paciente tiene que asimilar que no existe una cura rápida que acabe con la enfermedad de una vez y para siempre. El tratamiento de la fibromialgia es largo y poco resolutivo. Los cambios se notan con un tiempo largo y no son al 100%, solo alivian los síntomas.

Por otro lado, cada paciente es muy individual y es probable que tenga que probar muchos medicamentos u otros tipos de tratamiento, para encontrar el suyo. Para algunos enfermos es más conveniente la correcta utilización de agentes farmacológicos, aunque resultan más efectivos cuando se asocian a otras modalidades terapéuticas, como la intervención cognitivo-conductual, la terapia ocupacional y el ejercicio físico.

Los estudios contrastados que se dedican a calificar el tratamiento multidisciplinar de los pacientes con fibromialgia confirman que es una manera muy efectiva de terapia,

ya que consigue mejorar la calidad de vida del paciente y la adoptación psicológica de forma muy importante, sobre todo a medio y largo plazo. (Fig. 3)

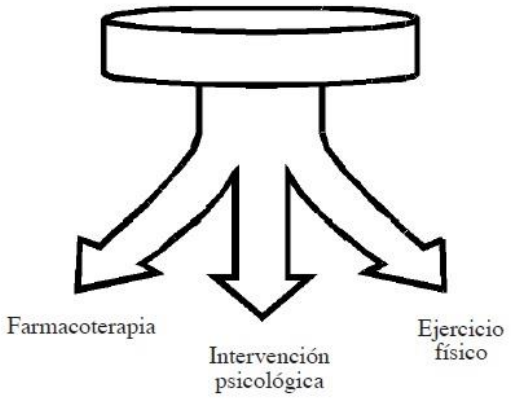

Fig. 3—Modelo de intervención en fibromialgia. Tomada de V. Monsalve.

(Villanueva et al, 2004)

Antes que nada, haría falta hacer una especie de tabla para organizar los diferentes tipos y modalidades de terapia que se suelen usar por los pacientes. Según los especialistas J. Rivera, C. Alegre, M.B. Nishishinya y C.A. Pereda se podría clasificar de siguiente manera (Tabla 6):

Tabla 6. Tratamientos farmacológicos y otras medidas terapéuticas utilizadas en los pacientes con fibromialgia

Fármacos
Analgésicos
Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
Benzodiacepinas
Antidepresivos
Relajantes musculares
Otros fármacos
Tratamiento no farmacológico
1. Ejercicio físico
Aeróbicos
Flexibilización
Fortalecimiento
2. Psicoterapia
Tratamiento cognitivo conductual
Entrenamiento autogénico
Relajación
Meditación
Hipnosis
Imaginación guiada
Biofeedback
Educación
3. Medicinas alternativas
Campos electromagnéticos
Acupuntura
Homeopatía
Suplementos dietéticos
Quiropraxia
Osteopatía
Ozonoterapia
Tratamiento multidisciplinario

(Rivera, Alegre, Nishishinya, Pereda, 2006)

Es de mencionar que cobra gran importancia la información y educación del paciente, porque según los estudios dan resultados positivos y podrían mejorar el estado del enfermo.

Más adelante se volverán a analizar más detalladamente los tipos de terapia que se recomiendan a los pacientes que padecen fibromialgia.

5.1. Información y educación del paciente.

Anteriormente, se mencionaba la importancia de la educación del paciente. Al parecer, no todos los profesionales prestan suficiente atención a este tipo de tratamiento y aspecto de vida. La información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas son especialmente importantes en las enfermedades crónicas, ya que permiten al enfermo enfrentarse con más herramientas a su enfermedad, es algo que les hace más fuertes emocionalmente, minimizar las consecuencias y sobre todo no rendirse, entender mejor la situación en la que están y tomar mejores decisiones al respecto a su futuro.

Este tema es poco hablado por los especialistas, de todas las fuentes que se usan en este trabajo solo en el Libro Blanco de Fibromialgia aparece realmente la información y estudios sobre este tipo de terapia.

Según este, existen pocos ensayos clínicos con grupo de control y aleatorizados (ECA) que examinen de forma aislada la utilidad de la información/educación en fibromialgia. Burchkhard et al observaron un incremento del nivel de actividad física y una mejoría importante en la autoeficacia y calidad de vida.

Oliver et al describen un descenso del catastrofismo, aunque el resto de las variables no mostró cambios significativos. En un ECA realizado por Bosch et al en un centro de salud de Barcelona el grupo que recibió 4 sesiones educativas mejoró de manera relevante su percepción de calidad de vida respecto al grupo de control.

La combinación de educación y ejercicios físicos parece ser uno de los más efectivos.

En la mayoría de los estudios realizados se destaca que informar de manera correcta, independientemente del nivel de utilidad demostrado, debe ser el primer paso y tiene el nivel máximo de recomendación por dos razones muy importantes: a) desde la perspectiva del enfermo, la información se considera desde hace mucho tiempo un derecho esencial; b) desde la perspectiva del profesional, existe la obligación ética de informar al paciente sobre el diagnóstico y las opciones terapéuticas.

A la hora de la realidad, es bastante complicado informar al paciente de manera correcta, una de las razones de esta complicidad es que la persona con fibromialgia suele tener una sintomatología compleja y desea respuestas a muchas preguntas. Los medios de comunicación (revistas, periódicos, televisión, internet, etc.) han provocado

un aumento del interés por esta enfermedad. No obstante, también más a menudo han contribuido a crear confusión con afirmaciones pseudocientíficas o carentes de rigor.

En conclusión, se podría decir que la información y educación del paciente debe de ser un componente esencial y prioritario del tratamiento de la fibromialgia. Teniendo en cuanta las características de la enfermedad el paciente debe estar informado desde el principio de sus manifestaciones, desdramatizando la evolución, aportando expectativas positivas y aumentando su participación con las terapias mediante la confianza en una probable mejoría. Es recomendable informar e incluir en todo el proceso, si el paciente así lo quiere, a la familia, especialmente a la pareja. (Callado et al, 2011)

Para proporcionar una información adecuada se destacan tres elementos claves:

1) Dedicar el tiempo suficiente por parte del profesional sanitario;
2) Tener claros cuáles son los principales mensajes o contenidos que hay que transmitir. Si el paciente desea más información se ha de facilitar el acceso a fuentes de información contrastada y de calidad;
3) Utilizar estrategias eficaces de comunicación.

5.2. Tratamiento Farmacológico

Los medicamentos farmacológicos deberían utilizarse como parte de un programa amplio para el tratamiento de la fibromialgia, incluyendo la educación del paciente y del profesional sanitario en las causas y teorías fisiopatológicas actuales de la enfermedad y la fijación de metas realistas para todas las modalidades terapéuticas, con el propósito de omitir las desilusiones y la sobremedicación por parte de paciente. La meta final de este tipo de tratamiento debería ser la consecución del alivio sintomático, no la eliminación propiamente dicha de tales síntomas.

Los pacientes, como se mencionaba anteriormente, deben de estar plenamente informados de las distintas modalidades de tratamiento existentes, y deberían poder ajustar libremente sus propios planes terapéuticos, dentro de lo razonable.

Dado que los pacientes a menudo se acostumbran con facilidad a los medicamentos con acciones centrales, se suelen proponer frecuentemente “vacaciones farmacológicas” programadas, con el fin de aumentar el efecto y la eficacia de tales sustancias y de calibrar las recomendaciones para su uso continuado.

Una de las técnicas para omitir la tolerancia a los fármacos incluye la utilización cíclica de medicaciones con mecanismos de acción ligeramente diferentes, lo cual resulta bastante útil en el caso de los medicamentos indicados para insomnio, donde cabe alternar antihistamínicos con acción sedante, antidepresivos/relajantes musculares e hipnóticos con efectos sedantes. (Villanueva et al, 2004)

En muchos de los estudios se ha mostrado que los pacientes con fibromialgia muestran alta sensibilidad a los efectos secundarios de los medicamentos, probablemente debido a la fisiopatología de la enfermedad. Sin embargo, el éxito en el tratamiento farmacológico puede conseguirse comenzando con dosis muy bajas, para luego ir aumentándolas hasta lograr el efecto terapéutico deseado, o bien que aparezcan efectos secundarios inaceptables.

La correcta elección de los fármacos debe basarse en tres puntos importantes:

1) Tipo de dolor y neurofisiología del paciente;
2) Historia clínica del enfermo;
3) Conocimiento de la farmacología de la sustancia administrada. (Lafuente et al, 2006)

4) En los siguientes puntos procuraré recopilar la información que nos interesa sobre los tipos de fármacos que se suelen inscribir a las personas que padecen fibromialgia. Los dividiré en 6 grupos: analgésicos simples, analgésicos de acción central, terapia analgésica adyuvante, benzodiacepinas, antidepresivos y otros fármacos.

5.2.1. Analgésicos Simples

Durante el uso de los analgésicos como terapia contra el dolor se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones (Lafuente et al, 2006):

1) Identificar el origen del dolor e instaurar un fármaco específico;
2) Conocer la farmacología clínica del mismo;
3) Elegir la vía más adecuada en razón a eficacia/iatrogenia;
4) Utilizar el analgésico menos potente dentro de los eficaces;
5) Combinar fármacos para aumentar la ratio eficacia/iatrogenia;
6) No utilizar combinaciones que den sedación con la misma analgesia;
7) Tratar, anticipándose, a los efectos secundarios;
8) Tratar a los pacientes con tolerancia;
9) Prevenir y tratar la suspensión aguda;
10) Tratar al paciente, no al síntoma.

La utilización de fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) o paracetamol resulta útil en el contexto de los procesos generadores de dolor periférico, como la osteoartritis, y en síndromes de dolor de tejidos blandos tales como el dolor miofascial, la tendinitis y la bursitis. En un estudio amplio de terapia analgésica simple en patologías reumáticas, Wolfe et al informaron de la utilización sorprendentemente frecuente de paracetamol en el 75,5% de los pacientes con fibromialgia, frente a tan solo el 27% de los pacientes que no refirieron mejora alguna con este fármaco.

Resulta interesante remarcar que la satisfacción global (eficacia y efectos secundarios) con el paracetamol en comparación con los AINE estaba a favor de estos últimos en el 63,7% de los casos, y a favor del paracetamol en el 15,9%.

Un estudio realizado mediante combinación de dosis altas de ibuprofeno (2.400 mg al día) junto con alprazolam presentó efectividad, aunque discreta, frente a placebo en comparación con otros estudios realizados con AINE.

Los pacientes más severos a menudo no responden a los analgésicos simples y requieren por tanto de intervenciones más agresivas. (Villanueva et al, 2004)

5.2.2. Analgésicos de acción central

La administración de los analgésicos centrales es muy importante en la práctica especializada, si bien su utilización varía mucho incluso entre especialistas en fibromialgia.

El *tramadol* (un agonista opioide débil, posee además acciones serotoninérgicas y noradrenérgicas) ha demostrado ser un agente de beneficio moderado para las personas que padecen fibromialgia. En caso de elegir este fármaco, deberían administrarse inicialmente dosis bajas, con incrementos graduales y lentos con el fin de evitar los problemas de náuseas y mareos asociados con dosis más altas. Se han descrito crisis convulsivas, especialmente a dosis altas.

Un ensayo clínico realizado por Bennet et al arroja resultados estadísticamente significativos de mejoría del dolor en pacientes tratados mediante una combinación de tramadol 37,5 mg/paracetamol 325 mg frente a placebo, aunque evaluado por un periodo corto de tiempo, precisando de estudios a más largo plazo.

La utilización de *opioides* en el dolor crónico no neoplásico, incluyendo la fibromialgia, varía ampliamente entre los expertos en esta materia. En caso de elegir opioides, resulta importante evaluar la presencia de factores de riesgo de adicción, incluyendo problemas previos con sustancias de abuso ilegales y agentes formadores de hábito como los benzodiacepinas, antecedentes de alcoholismo o una historia familiar de adicción.

Finalmente, se deberá elegir entre agentes de acción corta o larga. Las sustancias de corta duración pueden administrarse 30 minutos antes de una sesión de ejercicio u otras actividades físicas, o en respuesta al dolor. Un enfoque tiempo-contingente representa una alternativa (a menudo preferida) al reloj que marca el momento de la siguiente dosis. De hecho, esto puede constituir una forma sutil de terapia de conducta destinada a reducir la preocupación del paciente por el dolor, reeducándolo para que se implique en otras actividades placenteras, haciéndose por último más funcional, con la ayuda de suficiente analgesia de apoyo.

A medida que se profundiza en el conocimiento de esta patología surgen nuevas alternativas terapéuticas, muchas de ellas se consideran aún de futuro como las preliminares esperanzadores como *y-hidroributirato, oxitripán, antagonistas de receptor D2-dopamina (pramipexole), etc.*, aunque son sujetas a estudios a más largo plazo. (Villanueva et al, 2004)

5.2.3. Terapia analgésica adyuvante

Un componente importante de la terapia analgésica incluye la administración de antidepresivos tricíclicos con conocida acción analgésica. Los inhibidores de la recaptación de serotonina tienen efectos más bien decepcionantes en los pacientes con fibromialgia, si bien mejoran el componente efectivo del dolor, así como los trastornos anímicos concomitantes, frecuentes en la fibromialgia.

Una combinación de *fluoxetina* y *amitriptilina* era más eficaz que cualquiera de los dos agentes de forma aislada, o placebo. Los expertos en fibromialgia han encontrado que los inhibidores de la recaptación de serotonina, y en particular aquellos que poseen un componente noradrenérgico (*venlafaxina*, *nefazodona*, *bupropion*) parecen ser más eficaces en aplicación a la fibromialgia. Estas sustancias parecen mejorar la fatiga, que sigue siendo el síntoma más difícil de tratar farmacológicamente. Por último, los agentes antiepilépticos tales como la *gabapentina*, *topiramato*, *pregabalina* pueden reducir el dolor en la fibromialgia, aunque esta afirmación no cuenta con apoyos de ensayos clínicos publicados. (Villanueva et al, 2004)

5.2.4. Benzodiacepinas

No existe ninguna evidencia disponible sobre la eficacia de este grupo de fármacos en el tratamiento de la fibromialgia. Los benzodiacepinas parecen actuar solo en la calidad de sueño, pero no tienen ninguna acción en el resto de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Los benzodiacepinas son fármacos psicotrópicos, lo que indica que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes, hipnóticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes. Por ello se utilizan para tratar ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no alivian ninguno de los síntomas de fibromialgia, solo mejoran la calidad de sueño. Lo dicho, podría aliviar levemente los dolores del paciente, pero de manera muy insignificante. (Rivera et al, 2006)

5.2.5. Antidepresivos

Es el grupo de fármacos más estudiado en el tratamiento de la fibromialgia y el que mostró los mejores grados de evidencia sobre su eficacia.

Existen tres revisiones sistemáticas con metaanálisis sobre el uso de antidepresivos tricíclicos, y en todas ellas la *amitriptilina* se muestra superior al placebo en el control del dolor, los puntos dolorosos, la calidad de sueño y la sensación de bienestar. El beneficio se alcanza en un 25-37% de los enfermos. Parece que no hay diferencias entre la amitriptilina y la nortriptilina. Otro fármaco, con una estructura parecida a la de los antidepresivos tricíclicos, es la *ciclobenzaprina*, que se utiliza como relajante muscular, ha mostrado que es superior al placebo en el control del dolor y la calidad del sueño, pero sus efectos beneficiosos no se mantienen. Por lo tanto, la evidencia científica sobre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos en la fibromialgia se puede considerar fuerte.

En cuanto a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la *fluoxetina* es superior al placebo en el control del dolor, la fatiga y los síntomas depresivos con un grado de evidencia moderado. No obstante, otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, el *citalopram*, no ha demostrado su eficacia. La combinación de fluoxetina y amitriptilina ha demostrado en un estudio clínico ser superior al uso de cualquiera de ellos por separado.

Tanto el *milnacipram* como la *duloxetina* se han mostrado eficaces en el control del dolor y otros síntomas de la fibromialgia, pero no así la *venlafaxina*. La evidencia actual sobre estos fármacos es limitada debido al escaso número de estudios clínicos disponibles. (Rivera et al, 2006)

5.3. Tratamiento no farmacológico

Por lo general existen muchos tipos de tratamiento no farmacológico o también llamado de la medicina no tradicional, pero es este trabajo nos centraremos en los siguientes: tratamiento basado en ejercicio físico, tratamiento psicológico, medicinas alternativas y complementarias y tratamientos multidisciplinarios. (Villanueva et al, 2004)

5.3.1. Tratamiento basado en ejercicio físico

Como ya se ha mencionado anteriormente, los pacientes con fibromialgia tienen ciertos problemas con el ejercicio físico. En concreto, si antes de diagnosticarles la enfermedad practicaban algún deporte probablemente tengan que dejarlo. Es más, si lo practicaban constantemente y de manera profesional es muy frustrante de un día al otro dejarlo y cambiar totalmente el estilo de vida. En casos en que desde pequeño te enseñan que tienes que entregarte totalmente al deporte y llega un día cuando ni siquiera puedes levantarte de la cama, es probable que se pueda acabar con alteración en el estado de ánimo. Si se diese el caso de que al paciente le pasase esto, puede que tenga que aprender a practicar desde cero su deporte, y no siempre es tan fácil como puede sonar. Se ha de asimilar, que ahora su vida no es como antes, que sus capacidades físicas se han mermado y se tiene que hacer un tipo de deporte que no suponga demasiado esfuerzo y que el primer período va a ser el más complicado, física y emocionalmente.

Entre los diferentes tipos de deporte que se recomiendan a los enfermos de fibromialgia están yoga, stretching, bailes, natación, ejercicios aeróbicos y de relajamiento, etc. Sobre algunos de ellos hablaremos más adelante.

Existen dos revisiones sistemáticas que demuestran la efectividad del tratamiento basado en la práctica de ejercicio físico. Una es anterior al año 2000 y otra incluye publicaciones posteriores.

En el uno y en el otro, en las conclusiones se demostró que existe un grado de evidencia bastante alto de que el ejercicio físico aeróbico alivia el dolor, mejora la salud mental, la ansiedad, la calidad de vida y la capacidad de realizar los esfuerzos físicos en los pacientes con fibromialgia. También se ha mostrado que los ejercicios aeróbicos son más eficaces que los ejercicios de flexibilización, pero entre los dichos ejercicios no se ha encontrado ninguna diferencia o prueba de que un tipo de ellos sea mejor que el otro.

Uno de los hechos importantes a mencionar, es que el efecto y la mejoría de los ejercicios físicos que realiza el paciente se mantiene mientras lo sigue practicando, pero en el momento cuando los abandona deja de sentir el alivio y todas las mejoras.

Aunque muchos de los pacientes dicen que no pueden hacer deporte, no existe ninguna evidencia que demuestre que el ejercicio físico empeora su estado. Simplemente, el paciente debe entender que no puede empezar a practicar el deporte con mucha intensidad, sino que tiene que empezar poco a poco e ir superando el cansancio del primer tiempo y luego aumentando el ejercicio, con una progresión lenta. (Rivera et al, 2006)

5.3.2. Tratamiento Psicológico

La meta que se intenta conseguir con el tratamiento psicológico es ayudar al paciente a entender de qué trata la enfermedad, afrontar sus posibles efectos a la vida diaria y laboral y enseñar las técnicas para hacer frente al dolor. Se podría decir que este tipo de tratamiento es la educación al enfermo, solo que aparte de proporcionarle la información se pretende enseñarle a responder adecuadamente a las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Las modalidades más comunes de las varias posibles de las psicoterapias son la educación, la terapia cognitivo-conductual y las técnicas de relajación.

Existen, al igual que en el tratamiento basado en el ejercicio físico, dos revisiones sistemáticas y un metaanálisis que examinan la eficacia de las medidas en los pacientes con fibromialgia. Aunque el propósito de estos tratamientos es hacer que el enfermo sepa afrontar los síntomas y es cuando se obtienen mejores resultados, no hay ninguna demostración de que se alivie el dolor u otros síntomas. Pero sí que, tras la realización de la encuesta a los pacientes con fibromialgia, se demostró que los que tuvieron el tratamiento psicológico se encontraban bastante mejor, comparando con los pacientes que no lo tuvieron. Lo que genera este método es que la persona aprenda pasar el dolor a un segundo plano, lo que no quita el dolor en sí, simplemente ayuda a confrontarlo y no tenerlo tanto en cuenta y como resultado la persona se encuentra mejor.

Según los estudios realizados, se demostró que los tratamientos más efectivos son las combinaciones de cualquier tipo de ejercicios aeróbicos con la psicoterapia que mejoran la actividad diaria o los tratamientos multidisciplinarios, añadiendo un tratamiento farmacológico.

De este modo, cada persona con fibromialgia debería consultar a un profesional y optar por lo menos perjudicial para él y que tenga mejores resultados posibles, ya que aún no existe ninguna cura contra la fibromialgia. Como se ha dicho anteriormente, la opción más eficaz para los pacientes sería el tratamiento basado en el ejercicio físico y un tratamiento psicológico en paralelo. (Rivera et al, 2006)

5.3.3. Medicinas alternativas y complementarias

Teniendo en cuenta que muchas de las personas con fibromialgia acuden a las medicinas alternativas, vamos a tratarlas aparte, ya que no son “fármacos” tradicionales ni tampoco son de grupo de ejercicios físicos.

Dado el hecho que las revisiones y estudios que se han realizado sobre este tipo de actividades se han realizado de la calidad baja, no hay ningunos resultados leales. Esto se debe a un escaso número de pacientes, intervenciones de corta duración, grandes pérdidas de seguimiento y diferentes instrumentos de medida, excepto en el caso de la acupuntura, que sí tiene varias revisiones sistemáticas.

Las modalidades como la quiropraxia, la osteopatía, los masajes y la ozonoterapia no tienen revisiones de alta calidad y no son fiables, por esta misma razón hoy en día no existe ninguna evidencia clara de que sean eficaces para los pacientes con fibromialgia.

Si entramos en los campos electromagnéticos, algunos suplementos dietéticos y algunas formas de homeopatía, encontramos cierto valor de eficacia, pero al igual que los masajes tienen las revisiones de baja calidad y muy limitados. El estudio sobre la eficacia de la dieta vegetariana, por ejemplo, no ha demostrado ningunos resultados de mejora en los pacientes con fibromialgia.

Si tratamos a la acupuntura aparte, ya que existen más estudios y revisiones sistemáticas sobre el tema, encontramos varios trabajos que se contradicen entre ellos. En algunos los resultados han mostrado una eficacia moderada y en otros no se encontraron ningunos cambios entre el grupo control y los pacientes, de modo que la eficacia en este caso ha sido incongruente. (Rivera et al, 2006)

5.4. Tratamientos Multidisciplinarios

Como ya se ha mencionado anteriormente, en algunos estudios se ha demostrado la mejora con la combinación de tratamientos farmacológicos, psicológicos y basados en los ejercicios físicos, pero a la hora de una revisión sistemática no se pudo confirmar dicha estrategia.

Es importante entender que el tratamiento multidisciplinario no puede quitar del todo los síntomas clínicos de la enfermedad, sin embargo, mejora la calidad de vida, la capacidad de realizar las actividades diarias y afrontar los síntomas que impiden que los pacientes con fibromialgia se sientan cómodos día a día. (Rivera et al, 2006)

6. Tratamiento de fibromialgia en los países rusoparlantes

En los países rusoparlantes el cuadro de tratamiento es bastante similar que en los países hispanoparlantes. Para la fibromialgia, junto con otras enfermedades raras, no existe un método único para tratarlo y el tratamiento se basa en el control sintomatológico. Los estudios que han contribuido a una mejor comprensión de la fisiopatología de la fibromialgia han conducido a mejoras en el tratamiento, que a su vez implica el uso de fármacos, psicoterapia y ejercicios. Los métodos de tratamiento multidisciplinario que incluyen medicamentos, la comprensión por parte del paciente con respecto a la enfermedad (educación), ejercicios físicos y terapia cognitivo-conductual han demostrado ser eficaces para reducir el dolor y otros síntomas de la fibromialgia.

6.1. Tratamiento Psicológico

La terapia cognitivo-conductual y otros tipos de psicoterapia han mostrado un efecto débil o moderado en la reducción de los síntomas de la fibromialgia. Este tipo de terapias tienen mucho éxito en combinación con el ejercicio físico. Un estudio de objetivos de 1119 sujetos encontró evidencia de que "el tratamiento multidisciplinario es eficaz a corto plazo para combatir los síntomas de fibromialgia". Una revisión sistemática de 14 estudios en 2010 sugiere que la terapia cognitivo-conductual alivia el dolor a los pacientes y reduce el número de visitas al médico después del tratamiento, pero no tiene un efecto significativo sobre el dolor en sí mismo, el agotamiento, la alteración en la calidad del sueño y la vida.

6.2. Tratamiento Farmacológico

La FDA (Food and Drug Administration) aprobó el uso de *pregabalina* y *duloxetina* para el tratamiento de la fibromialgia. La FDA también aprobó *milnacipran*, pero EMA (European Medicines Agency) se negó a aprobar el uso de este medicamento.

Los antidepresivos se asocian con la reducción del dolor, la depresión, el agotamiento, los trastornos del sueño y mejoran la calidad de vida en pacientes con fibromialgia. El propósito del uso de antidepresivos es aliviar la intensidad de los síntomas y debemos valorar los riesgos de los efectos secundarios contra el efecto terapéutico positivo. Un pequeño grupo de personas tiene un efecto significativo con los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN), concretamente *duloxetina*, *milnacipran* y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina). En algunos casos, los efectos secundarios son mucho más grandes que el efecto positivo de medicamentos. La amitriptilina se usa como un fármaco de primera línea, aunque la base de evidencia todavía es débil.

Si hablamos de anticoagulantes, se pueden usar *pregabalina* y *gabapentina*. La *gabapentina* aumenta considerablemente la eficacia del tratamiento, aunque a menudo se asocia con una gran cantidad de efectos secundarios. La revisión de Cochrane sobre el uso de *pregabalina* en el tratamiento del dolor crónico concluyó: *"Un pequeño número de pacientes tiene un efecto significativo sobre el uso de pregabalina, muchas personas tienen un efecto moderado. Una gran cantidad no siente el efecto en absoluto, o deja de tomar el medicamento debido a una gran cantidad de efectos secundarios"*. El propósito del análisis de 4 estudios sobre el uso de la *pregabalina* en la fibromialgia concluyó que las personas que tenían el efecto de la *pregabalina* tenían en este momento una reducción en la duración del trabajo de más de 1 día a la semana.

Hablando de opiáceos, se debe mencionar la unificación de las sociedades médicas científicas en Alemania que expresan una posición neutral con respecto al uso de opiáceos debido a un pequeño número de estudios clínicos dirigidos a este problema. La European Rhyming League recomienda el *tramadol* como un opioide débil, pero en ningún caso debe tomar un opioide fuerte. La asociación canadiense del dolor dice que los opiáceos débiles, como el *tramadol*, solo deben usarse en pacientes que no responden a otros medicamentos para controlar el dolor. La combinación de *tramadol* y

paracetamol ha demostrado eficacia, seguridad y alta tolerancia sin un desarrollo significativo de dependencia. La efectividad de esta combinación es equivalente a la combinación de *paracetamol* y *codeína*, pero causa menos somnolencia y estreñimiento. Un gran estudio de pacientes con fibromialgia en la población de EE. UU. mostró que entre 2005 y 2007 el 37,4% de los medicamentos prescritos eran opiáceos de acción corta y el 8,3% eran opiáceos de acción prolongada.

6.3. Otros Tratamientos

Los primeros estudios sobre el uso de la hormona somatotrópica en la fibromialgia han mostrado buenos resultados. Una revisión de la literatura de 2007, que cubrió 3 estudios aleatorizados, controlados con placebo, concluyó que se necesitaban 9 meses de administración de hormona somatotrópica para reducir los síntomas de la fibromialgia y normalizar los niveles de IGF-1.

En 2012, se llevó a cabo el ensayo clínico más extenso y prolongado sobre el uso de esta hormona en la fibromialgia. Se ha demostrado que el uso de la hormona somatotrópica en el régimen de tratamiento estándar es eficaz para reducir el dolor y mantener el efecto a lo largo del tiempo. El uso de oxibutirato de sodio se ha estudiado en pacientes con fibromialgia. El medicamento ha demostrado la capacidad de reducir el dolor, el agotamiento y mejorar el sueño. La siguiente etapa de ensayos clínicos confirmó los resultados anteriores. El oxibutirato de sodio mostró la capacidad de aumentar la formación natural de la hormona somatotrópica mediante la inducción de fases de sueño de onda lenta, por lo que este estudio confirma una vez más la eficacia del uso de la hormona del crecimiento en la fibromialgia. En este momento, el oxibutirato de sodio no ha sido aprobado por la FDA como un remedio para la fibromialgia debido a un posible abuso de este medicamento.

Los miorrelajantes, como la *ciclobenzaprina* y la *tizanidina*, se usan periódicamente para tratar la fibromialgia. Los agonistas de los receptores de dopamina (*promipexole*, *rapinirol*) contribuyen a cierta mejoría en algunas personas, pero una gran cantidad de efectos secundarios no permiten el uso masivo de este medicamento para el tratamiento de la fibromialgia. Para lograr el efecto deseado, la administración de amitriptilina puede retrasarse hasta 3 meses y hasta 6 meses para lograr el efecto máximo cuando se toma *duloxetina*, *milnacipran* y *pregabalina*. Algunos medicamentos tienen el potencial de causar el síndrome de abstinencia, por lo que la retirada de los medicamentos debe ir acompañada de una reducción gradual de las dosis, especialmente para los antidepresivos y la *pregabalina*. Hay evidencia de que la fibromialgia es un trastorno neuroinmunoendocrina. Se registraron aumentos en la sustancia del hígado P, interleucina 6, 8 y factor de corticotropina en personas con fibromialgia. En la biopsia de piel a veces se puede encontrar un mayor número de mastocitos. La quercetina, que es un bioflavonoide natural farmacológicamente activo, tiene propiedades antiinflamatorias, así como inhibe los mastocitos, por lo tanto, teóricamente puede ser eficaz en este trastorno. No se recomienda el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como medicamentos de primera línea.

Para los pacientes rusoparlantes que viven en países hispanoparlantes durante la investigación de este trabajo se ha creado un esquema con nombres equivalentes de los

medicamentos mencionados en este apartado y en apartado de Tratamiento de fibromialgia en los países hispanoparlantes (Tabla 6), donde también aparece el código ATC (clasificación anatómica-terapéutica-química asignado por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la OMS) para consultar a qué tipo de medicamentos pertenecen y qué uso tienen.

Nombre de fármaco español	Nombre correspondiente en ruso	Código ATC
Pregabalina	Прегабалин	[N03AX16]
Duloxetina	Дулоксетин	[N06AX21]
Milnacipran	Милнаципран	[N06AX17]
Amitriptilina	Амитриптилин	[N06AA09]
Gabapentina	Габапентин	[N03AX12]
Tramadol	Трамадол	[N02AX02]
Paracetamol	Парацетамол	[N02BE01]
Codeína	Кодеин	[R05DA04]
Hormona somatotropina	Соматотропный гормон	[H01AC01]
Ciclobenzaprina	Циклобензаприн	[M03BX08]
Tizanidina	Тизанидин	[M03BX02]
Promipexole	Прамипексол	[N04BC05]
Ropinirol	Ропинирол	[N04BC04]
Ibuprofeno	Ибупрофен	[M01AE51]
Alprazolam	Алпразолам	[N05BA12]
Oxitripán	Окситриптан	[N06AX01]
Fluoxetina	Флуоксетин	[N06AB03]
Venlaflaxina	Венлафаксин	[N06AX16]
Nefazodona	Нефазодон	[N06AX06]
Bupropion	Бупропион	[N06AX12]
Topiramato	Топирамат	[N03AX11]

Nortriptilina	Нортриптилин	[N06AA10]
Citalopram	Циталопрам	[N06AB04]

6.4. Tratamiento basado en ejercicio físico

El ejercicio mejora la forma física de la persona y el sueño, y también puede reducir la intensidad del dolor y el agotamiento en algunas personas con fibromialgia. Existe evidencia significativa de que los ejercicios que afectan el sistema cardiovascular dan un resultado positivo. Los tratamientos con agua y natación han mostrado un buen efecto, aunque debido a la mayor sensibilidad a la temperatura en personas con fibromialgia, estas actividades deben realizarse en agua tibia. En niños y adolescentes, la fibromialgia a menudo se trata con ejercicios físicos intensos y un programa para "síndromes de dolor musculoesquelético reforzado". Este programa incluye consejería, musicoterapia, terapia de arte. Este esquema está confirmado por la experiencia y contribuye a la regresión del dolor y otros síntomas en aproximadamente el 88% de los casos. La efectividad de estos programas no se ha estudiado en pacientes adultos con fibromialgia.

Si recurrimos a una búsqueda en Internet, encontramos varios blogs y revistas, donde los pacientes propios recomiendan los ejercicios físicos (tales como yoga, stretching, fitness, etc.), ya que según ellos les ayuda a sentirse mejor, no solo consigo mismo, sino con el entorno en general. A parte de que el cuerpo genera una resistencia a dolor, también, según estos pacientes, el ejercicio físico les ayuda mantener un estado de humor más positivo.

7. Análisis comparativo de Diagnóstico y Tratamiento en países ruso e hispanoparlantes

En este apartado intentaremos recopilar y comparar la información que tienen a su disposición los profesionales y los pacientes de fibromialgia en países ruso e hispanoparlantes. También se compararán los métodos de diagnóstico y los tipos de tratamiento ofrecidos. El propósito de este apartado es ofrecer la información más completa y recopilada durante esta investigación, y dejar a disposición del público la información extraída de fuentes fiables para enriquecer el conocimiento general sobre el tema.

Para que sean más fácil de entender las diferencias y similitudes dividiremos la comparación en tres apartados: información, diagnóstico y tratamiento. De esta manera podremos entender con más claridad en qué se diferencian cada una de ellas en Rusia y España, que son países de referencia en esta investigación.

Para que la comparación sea más eficaz y fiel a la realidad se ha realizado una pequeña encuesta a los pacientes ruso e hispanoparlantes. Basaremos nuestra confrontación en los datos recogidos tras la realización de dicha encuesta.

7.1. Información

Si nos centramos en la información que tienen a su disposición los profesionales en países ruso e hispanoparlantes nos fijamos en que la información según las fuentes va variando y, ni es la misma, ni tampoco el acceso es igual de fácil. Si nos centramos en España y Rusia como países de referencia, encontramos que los profesionales en España tienen el acceso más facilitado a la información sobre la fibromialgia, pero al mismo tiempo los profesionales de Rusia disponen de la información más completa a la hora de la historia, el descubrimiento y la etiología de la enfermedad. De este modo, podemos fijarnos en la diversidad de información que nos ofrecen las fuentes en diferentes idiomas.

La mayoría de los materiales usados en este trabajo sobre la historia y características de fibromialgia están cogidas de las fuentes rusas, tanto páginas web como entrevistas de los profesionales y algunos libros o artículos médicos en la lengua rusa.

Es posible que esta diferencia se debe a que muchos de los países hispanoparlantes también dominan el inglés y no tienen tanta necesidad en las traducciones, ya que la mayoría de los estudios realizados se publicaron por el Colegio Americano de Reumatología y OMS cuyas lenguas oficiales en un principio es inglés, aunque en el caso de la OMS tiene también el ruso. Debido a esto, muchos de los artículos y estudios se han traducido al ruso y no tantos al español.

Cabe mencionar que según las búsquedas de Internet no hay ningunos resultados sobre las asociaciones de fibromialgia en Rusia, y en España, sin embargo, en todas las comunidades autónomas hay más de una. Lo cual nos demuestra que los pacientes en España tienen más accesible la información sobre la enfermedad que los mismos en Rusia.

A la hora de la información que disponen los profesionales, es importante indicar que en España existe el Libro Blanco de Fibromialgia, que recopila mucha información útil. En los anexos hasta aparecen las encuestas que se deberían de realizar a los pacientes para facilitar el proceso de diagnóstico de la enfermedad. Y, sin embargo, en Rusia hay algunos manuales o trabajos sobre estudios e investigaciones acerca de fibromialgia, pero la información viene más descentrada y en dichos estudios el foco principal se les da a las enfermedades reumatológicas y no a fibromialgia.

De la encuesta realizada, las preguntas relacionadas con este apartado serían la cuarta, quinta, octava y novena. Aunque la novena fue excluida en la versión rusa, por la inexistencia de las asociaciones de fibromialgia en Rusia.

Ahora bien, realmente la pregunta que más nos interesa es la 5 (Cuando le diagnosticaron la enfermedad, ¿los profesionales le ofrecieron suficiente información sobre fibromialgia y sus síntomas?). En el caso de Rusia las respuestas todas han sido "No", a una paciente su médico le dijo que debe aprender vivir con ello y le recomendó visitar a una psicoterapeuta. En caso de España, la mayoría de las respuestas han sido negativas, pero 25% de los entrevistados han contestado con un "Sí". En caso de una paciente le ofrecieron información su médico de cabeza, reumatólogo y ginecólogo. Los demás pacientes en ambos países tuvieron que buscar la información por su cuenta en redes sociales, Internet o acudiendo a las asociaciones.

Las preguntas 4 (¿Tiene algún impacto la enfermedad en su vida diaria? ¿en qué se muestra?) y 8 (¿Piensa que es importante ofrecerle a la gente más información/educación sobre la enfermedad? Si es así, ¿lo es solo para los pacientes o también para los profesionales y familiares de los enfermos?) están relacionadas una con la otra. La primera muestra razones de la importancia de la segunda. En caso de Rusia, todos los pacientes contestaron a la pregunta 4 con un sí, que la enfermedad tiene impacto, pero solo nombraron los ámbitos de impacto: familiar, laboral, social, vida privada, éxito y funcionalidad. En caso de España, los pacientes eran más concretos y pusieron varios ejemplos de la experiencia propia en que les afecta o limita la enfermedad. La mayoría de ellos mencionaron cansancio, agotamiento, mal sueño, dolores, incomprensión por parte de familiares o compañeros de trabajo de la situación en la que están e imposibilidad de llevar un ritmo normal de vida y realizar las tareas diarias. "*No hago vida normal, la hago a cámara lenta*" – respondió una paciente en la entrevista. Y solo una persona respondió que la enfermedad no afecta de ninguna manera su vida.

Con respecto a la pregunta 8, en ambos casos la respuesta "sí, a todos" corresponde a 100% de todos que participaron en la encuesta, tanto de Rusia como de España. En el caso de España, los pacientes mencionaron que las asociaciones ayudan bastante en lo relativo a la información sobre la enfermedad. También muchos de los pacientes respondieron a esta pregunta diciendo que la información es la clave para todos, ya que muchas veces se han dado casos de que por desconocimiento la gente reaccionaba mal o personas de su entorno no se creían su sintomatología o no pueden hacer una u otra cosa. Una de las mujeres incluso confesó que su marido se divorció de ella, porque no podía vivir con una persona enferma y no entendía cómo se encontraba. Otra mujer confesó que le quitaron el carné de conducir (era conductora de autobuses a larga distancia) y a otra paciente le despidieron del trabajo por bajas médicas.

7.2. Diagnóstico

Si comparamos la información facilitada en los apartados 4.1. y 4.2. podemos encontrarnos con la posible dificultad para diagnosticar fibromialgia**.** Si en el caso de España existen las asociaciones donde el paciente puede hablar con otros enfermos y recibir consejos acerca de cómo se puede diagnosticar y que profesionales debería de asistir o cómo superar el dolor u otros síntomas de la enfermedad. En Rusia, los individuos encuestados refieren que algunos de los profesionales no reconocen la fibromialgia como una enfermedad y la consideran como un mito o la relacionan con otras enfermedades o trastornos psicológicos del paciente.

Es bastante común en Rusia y España que el profesional se equivoque y diagnostique una artritis reumatoide, por ejemplo, u otra enfermedad reumatoide en vez de fibromialgia, aunque pueda ser considerado como un error profesional. Algo menos frecuente, pero se han dado casos en que un profesional diagnostique fibromialgia cuando el paciente realmente padecía la enfermedad de Lyme. El proceso diagnóstico es bastante complejo y desafortunadamente los errores pueden ocurrir y no siempre estos dependen de la profesionalidad de un médico.

Como es de observar, los pasos de proceso de diagnóstico en ambos casos son bastante parecidos. Tras un análisis completo del paciente se le diagnostica fibromialgia y se le ofrece un tratamiento. En cuanto a las encuestas que sirven de ayuda y apoyo para el diagnóstico, encontramos varios tipos en ambos países. Entre algunas tienen preguntas parecidas y algunas muy diferentes.

Por otro lado, la diferencia en el diagnóstico entre España y Rusia está en el hecho de que las fuentes de información rusas ofrecen a los profesionales una lista de pruebas que aconsejan realizar al paciente para excluir otras enfermedades y no caer en un posible error diagnóstico. En España también existen estas listas, pero no son tan concretas y solo se trata de una lista de posibles enfermedades y no de las pruebas necesarias para excluirlas. Aunque si se buscan una en una, seguramente, las habrá.

En la encuesta realizada para este trabajo no se refleja el seguimiento de diagnóstico paso por paso, sino que solo el tiempo que se tardó en diagnosticarse fibromialgia. Las primeras tres preguntas estaban formuladas para ver cuánto tiempo el paciente sufre los dolores (pregunta 1), hace cuánto le diagnosticaron fibromialgia (pregunta 2) y cuánto tiempo tardaron en diagnosticárselo (pregunta 3). Para omitir las confusiones sobre las preguntas y la relación que tienen, cabe mencionar, que no en todos los casos desde el principio se seguían los pasos para diagnosticar fibromialgia, sino que los pacientes llevaban años sin sospechar qué enfermedad padecen o simplemente no recurrían a ayuda profesional aguantando el cuadro sintomatológico durante muchos años.

Comparando las respuestas a la primera pregunta, vemos que, entre los pacientes de España, hay personas que llevan más de 20 años con dolor. El paciente que mínimo tiempo lleva con dolor es de 7 años. En caso de Rusia el periodo mínimo es de 1 año hasta más de 15 años.

Según las respuestas a la segunda pregunta en Rusia, podemos observar el intervalo entre 3 meses y 5 años. En el caso de España el intervalo equivalente es entre 2 años y 18 años. Es decir, los pacientes que realizaron la encuesta en España por la media llevan más años con fibromialgia diagnosticada.

Y, por lo último, según las respuestas a la tercera pregunta en Rusia, el intervalo es entre 3 meses y 7 años, que se tardaron en diagnosticarse fibromialgia. En España el intervalo es entre 6 meses y 17 años.

En esta última es donde mejor podemos ver la eficacia de la información proporcionada a los profesionales y el tiempo que tardan en diagnosticar fibromialgia. Cabe mencionar que los casos en los que menos años se ha tardado en poner el diagnóstico son los más recientes. Esto demuestra la evolución de la medicina en el mundo entero y el progreso en concreto en el caso de fibromialgia.

7.3. Tratamiento

En ambos países el tratamiento es sintomático, es decir, se basa en aliviar las manifestaciones clínicas, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida. Dado este hecho, no podemos realizar una comparación en condiciones, ya que en esta situación cada profesional decide a su manera qué prescribir a su paciente o qué tipo de tratamiento recomendarle. Cada organismo es único y su reacción puede ser exclusiva. Por esta razón no se puede elegir el mismo tipo de tratamiento o medicamento para todos, teniendo en cuenta posibles alergias o reacciones a uno u otro fármaco. Esto ocurre no solo en España o Rusia, sino que es algo muy común en todos los sitios y con todas las enfermedades. Entonces, lo único que nos queda, es comentar los tipos de tratamiento que más se suelen usar.

Según varios estudios realizados en este campo, podemos observar tanto en España, como en Rusia, que el tratamiento que más se recomienda a los pacientes con fibromialgia es mixto o, con otras palabras, multidisciplinar. Lo que quiere decir, que no se tomen simplemente los fármacos, sino que lo combinen con el ejercicio físico moderado y en algunos casos más graves también añadir la intervención psicológica. Con esto último se refiere en algunos casos a una simple educación informativa del paciente y si es necesario de su entorno familiar. En el caso ideal la enfermedad no desaparecería del todo, pero aliviaría la vida del paciente y le ayudaría superar los problemas producidos por los síntomas y hacer por desaparecido algunas manifestaciones clínicas.

Para no repetir la misma información que ya aparece en este trabajo nos basaremos en la encuesta realizada. Las preguntas correspondientes a este apartado serían 6 (¿Está ahora mismo tomando algún tipo de tratamiento? (enumere los medicamentos que toma actualmente)) y 7 (¿Qué otros tipos de tratamiento alternativo (que no sean los medicamentos) piensa que son efectivos?).

Debido a la diferencia entre las compañías farmacológicas de ambos países y al hecho de que los pacientes rusoparlantes no enumeraron los medicamentos exactos, sino que mencionaron solo a que grupo pertenecen podemos observar lo siguiente: en España entre los pacientes de fibromialgia son más comunes los fármacos de espectro más amplio y pertenecientes a diversos grupos farmacológicos. En Rusia, sin embargo, solo se prescriben a los pacientes los antidepresivos, Lyrica® (Pregabalina) y tranquilizantes (entre otros *симбалта*, *ксанакс*, *венлофаксин* y *ленуксин*).

Los medicamentos nombrados por los pacientes hispanoparlantes se pueden dividir en ANTIDEPRESIVOS:

Lorazepam, Tryptizol, Premax, Xeristar, Duloxetina, Cymbalta, Deprax, Diazepam, Mirtazapina

PROTECTOR DE ESTÓMAGO:

Omeprazol

ANALGÉSICOS Y OPIOIDE:

Palexia, Arcoxia, Tramadol, Nolotil, Naproxeno, Paracetamol, Zaldiar

ANTIEPILÉPTICO:

Topiramato

TRANQUILIZANTE:

Aneurol

HORMONA TIROIDEA:

Eutirox

ANTIRREUMÁTICO:

Arava

HIPOLIPEMIANTES.

CORTICOIDES.

Cabe mencionar que los que más se usan, al igual que en Rusia, son los antidepresivos y analgésicos de diversa potencia, llegando incluso a la necesidad de tomar morfina en el caso de una encuestada. Es un caso excepcional y poco común. En esta situación la paciente iba aumentando las dosis de los medicamentos hasta que dejaban de hacer efecto y se pasaba a los fármacos más fuertes y ahora mismo está obligada a tomar morfina, para aliviar un poco el dolor que siente.

Con respecto a la pregunta 7, las respuestas son bastante similares, solo un paciente del grupo de hispanoparlantes contestó que no le ayuda ningún tipo de tratamiento alternativo. Pero las demás respuestas han sido bastante diversas, lo que nos da siguiente lista de tratamientos o ejercicios físicos que según los pacientes hispanoparlantes les ayudan a sentirse mejor: aquagym, yoga, psicoterapia, arteterapia, pilates, gimnasia, meditación, caminar todos los días, acupuntura, fisioterapia, homeopatía, complementos vitamínicos y de minerales, ejercicio físico moderado.

Entre las respuestas de los pacientes rusoparlantes encontramos: yoga, meditación, relajación miofascial, liberación miofascial, pilates, baños calientes, tratamiento térmico, complementos alimentarios biológicos (vitaminas de grupo B, magnesio), cannabis medicinal, exclusión de algunos productos (azúcar, cafeína), estiramientos, psicoterapia, caminar y ejercicio físico moderado.

Las respuestas de ambos grupos son bastante parecidos, entre las respuestas los pacientes recomendaban probar diferentes terapias y encontrar la que le puede ayudar mejor que otras.

7.4. Comentario

Gracias a la encuesta realizada podemos ver con más claridad la situación de la enfermedad en ambos países. Y si a la hora de tratamiento se parece mucho, por desgracia a la hora de diagnóstico también; y lo que vemos es la falta de información y reconocimiento de fibromialgia en los círculos de los médicos y profesionales.

Para que la encuesta tenga más utilidad para el público se ha añadido la última pregunta 10 (Si tiene algunas sugerencias u opiniones tanto para los pacientes, como para los profesionales, escríbalos aquí:), correspondiente a la pregunta 9 en la encuesta de ruso.

A la hora de verdad, las respuestas han sido bastante sorprendentes. En mayoría, los consejos de los pacientes del grupo español recomiendan unirse a las asociaciones de fibromialgia para que las autoridades les hagan más caso, cuanta más gente sean mejor se le oirá. Aparte, en la asociación los compañeros te ayudan a enfrentarte a la enfermedad, te esfuerzas un poco más, aprendes vivir con ello y a no rendirte. También, en la asociación puedes encontrar compasión, información y paciencia.

Entre los consejos a los profesionales encontramos: informarse y seguir formándose, no dar por hecho el desconocimiento y parecer como que no existan estás enfermedades, ofrecer más información al público (tener folletos informativos en los Centros de Salud y consultas médicas), dar charlas informativas y formar un equipo multidisciplinario adecuado a la enfermedad y que siempre sea el mismo.

Los pacientes rusos en su mayoría ofrecieron consejos solo para otros pacientes o gente "nueva" en la enfermedad: no rendirse, no sobrecargar su organismo, no desanimarse, escuchar a su cuerpo y qué es lo que necesita, como encontrar un trabajo/afición y en ninguno de los casos no centrarse sólo en la enfermedad. También algunos de ellos recomiendan acudir a la consulta de un psicólogo o psiquiatra para excluir otras enfermedades posibles. El consejo más importante y más redundante es no abusar de los medicamentos. Una de las pacientes confesó que por culpa de abuso de los medicamentos acabó en una silla de ruedas y avisaba a los demás de que no cometan el mismo error que ella.

En total en esta encuesta participaron 25 personas, 12 del ámbito rusoparlante, 13 del ámbito hispanoparlante, entre los cuales una familiar que se ofreció voluntariamente a la participación, argumentando que es importante cada voz y, aunque no pudo contestar a todas preguntas (por razones obvias, ya que no tiene la enfermedad y no puede recomendar tratamientos), respondió a las preguntas 4, 5, 8, 9 y 10 desde el punto de vista de un familiar del paciente de fibromialgia.

A continuación, se exponen sus respuestas:

4. ¿Tiene algún impacto la enfermedad en su vida diaria? ¿En qué se muestra?

"Tiene impacto en muchos aspectos de la vida diaria. En el terreno familiar, por ejemplo, no puede asistir y estar de la misma forma debido al dolor diario."

5. Cuando le diagnosticaron la enfermedad, ¿los profesionales le ofrecieron suficiente información sobre fibromialgia y sus síntomas?

"No le ofrecieron casi información sobre la enfermedad ni los síntomas. Solo gracias a las asociaciones."

8. ¿Piensa que es importante ofrecerle a la gente más información/educación sobre la enfermedad? Si es así, ¿lo es solo para los pacientes o también para los profesionales y familiares de los enfermos?

"Es muy importante ofrecer información sobre cómo enfrentar y asumir la enfermedad tanto para pacientes, como para profesionales y familiares de enfermos."

9. ¿Piensa que la asociación le ayuda para informar a la gente y superar los problemas que le plantea la enfermedad?

"Sí, creo que ayuda mucho. Dando visibilidad de la enfermedad y apoyando a enfermos y familiares."

10. Si tiene sugerencias u opiniones tanto para los pacientes, como para los profesionales, escríbalos aquí:

"No quedarse parados, buscar información y apoyo."

Las respuestas de esta familiar son importantes y demuestran la importancia de la educación no solo de los profesionales y pacientes, sino también de los familiares de los enfermos para poder entender cómo se siente, por qué no acuden a la cena familiar o no ayudan con la mudanza, por qué parecen siempre estar agobiados y depresivos, cuando no hay razones obvias para estarlo.

8. Tratamiento Terminológico

En este apartado vamos a incluir solo algunos términos de todos los que aparecen en este trabajo. Primer grupo de términos seleccionados son las enfermedades, grupos de enfermedades, trastornos y síndromes mencionados a lo largo del trabajo:

-**Fibromialgia** (latín, griego): фибромиалгия.

Etimología: se trata de un neologismo médico híbrido, formado por dos siguientes términos:

1. En primer lugar, el vocablo latino *fibra*, que significa fibra o filamento, tanto aplicado a las plantas como a los animales, y que vemos en palabras como fibromatosis, fibrositis, fibrosis, fibroso y muchas más.
2. El elemento léxico grigo *mys* y su genitivo *myos* (músculo, ratón), que vemos también en muchas palabras.
3. Finalmente, *algía*, de algos (dolor), de *algein* (sentir dolor); -algia es un componente sufijal de muchas palabras que llevan el significado de "dolor".

Definición: es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, con una exagerada hipersensibilidad (alodinia e hiperalgesia) en múltiples áreas corporales y puntos predefinidos.

Происхождение русского термина: в русском языке, термин «фибромиалгия» был позаимствованным из английского, но сам термин происходит от латинского *fibro*, что означает «волокно», с древнегреческого *mys, myos* – «мышца» и *algos* – «боль».

-**Disfagia** (griego): дисфагия.

Etimología: esta palabra está formada con raíces griegas, el prefijjo *dys*- que significa "mal" o "con dificultad"; el elemento -fagia está formado con el verbo *phagein* = comer y el sufijo -*ía* = cualidad.

Definición: es el término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución (problemas para tragar).

Происхождение русского термина: от греческого *дис*- +*phagein*, что означает «есть», «глотать». Дисфагия — это расстройство глотания при заболеваниях глотки, пищевода или нервной системы.

-**Depresión** (latín): депрессия.

Etimología: la palabra "depresión" viene de latín *depressio, depressionis* (hundimiento, zona de terreno hundida o hundimiento en sentido moral), está compuesta por el prefijo de-, que significa decaimiento o privación de arriba abajo, la palabra *pressus* (apretado, hundido, comprimido) del verbo *premere* (presionar) y el sufijo -sio (acción y efecto).

Definición: es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

Происхождение русского термина: этот термин был позаимствован с французского языка и происходит от латинского *deprimo, depressum*, что буквально означает «давить».

-**TEPT [trastorno por estrés postraumático]** (latín): ПТСР [посттравматический синдром].

Etimología: la palabra" trastorno" es un nombre de resultado del verbo trastornar, formación romance a partir de tras- (del latín *trans*-, "al otro lado") y el verbo *tornare* (girar, trepanar, tornear o labrar con un trépano o un torno).

La palabra "estrés" (tensión nerviosa) viene del inglés *stress* (énfasis, presión) y este del latín *strictus*, el mismo que nos dio la palabra "estricto".

La palabra "postraumático" (período que sigue a un golpe que produce heridas) viene del prefijo latino post- (después) y el sufijo -ico (relativo a) sobre la palabra "trauma" y esta del griego *trauma* = "herida".

Definición: es un trastorno mental que se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.

Происхождение русского названия: термин «посттравматический» происходит от латинского *post* – «после» и *trauma* – «ранение», «травма».

Слово «синдром» происходит от древнегреческого *syndrome* – «стечение», «скопление», от древнегреческого *dromos* – «бег», «движение».

-**Síndromes somáticos funcionales** (latín, griego): соматические функциональные синдромы.

Etimología: la palabra "síndrome" (conjuntos de todos los síntomas que componen una enfermedad) viene del griego *syndrome* (concurso), formada por el prefijo *syn* (con, juntamente, a la vez) y la palabra *dromos* (camino, calle).

La palabra "somático" está formada con raíces griegas y significa "relativo al cuerpo humano". Sus componentes léxicos son: *soma, somatos* (cuerpo, del cuerpo), más el sufijo -ico (relativo a).

Definición: el término se refiere a diversos síndromes superpuestos que se caracterizan mayormente por síntomas, sufrimiento y discapacidad, y, en menor medida, por anomalías de las enfermedades de estructura o función.

Происхождение русского названия: термин «соматический» происходит от древнегреческого *somatikos* – «телесный», которое в свою очередь произошло от слова *soma*, что означает «тело».

Слово «функциональный» происходит от латинского *functio* – «исполнение», «обязанность», «взнос», которое в свою очередь произошло от слова *fungi* – «осуществлять», «выполнять».

Слово «синдром» происходит от древнегреческого *syndrome* – «стечение», «скопление», от древнегреческого слова *dromos* – «бег», «движение».

-**Trastorno depresivo mayor** (latín): депрессивное расстройство.

Etimología: la palabra "trastorno" es un nombre de resultado del verbo trastornar, formación romance a partir de tras- (del latín *trans*-, "al otro lado") y el verbo *tornare* (girar, trepanar, tornear o labrar con un trépano o un torno).

La palabra "depresivo" está formada con raíces latinas y significa "que causa baja de ánimo, tristeza o melancolía". Sus componentes léxicos son: el prefijo de- (dirección de arriba abajo, alejamiento, privación), *pressus* (presionado), más el sufijo -ivo (relación activa o pasiva).

La palabra "mayor" (más grande) viene del latín *maior*.

Definición: la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida

diaria durante un largo período de tiempo y también cambia la manera en la que funciona el cuerpo.

Происхождение русского названия: термин «депрессивный» происходит от латинского *depressum*, что означает «давить».

Достоверное происхождение слова «расстройство» не известно, эта форма слова походит от *расстроить – расстраивать*, что означает «нарушать порядок, работоспособность».

-**Síndrome de sensibilización central** (latín): синдром центральной сенсибилизации.

Etimología: la palabra “síndrome” (conjuntos de todos los síntomas que componen una enfermedad) viene del griego *syndrome* (concurso), formada por el prefijo *syn* (con, juntamente, a la vez) y la palabra *dromos* (camino, calle).

La palabra “sensibilización” viene del verbo sensibilizar que está formada con raíces latinas y significa “hacer más sensible”. Sus componentes léxicos son: *sensus* (sentido común y la percepción por los sentidos), -*izare* (convertir en), más el sufijo -bili- (posibilidad).

Definición: es un síndrome que engloba las patologías como fibromialgia, síndrome de intestino irritable, migraña o cefalea tensional, síndrome de piernas inquietas, síndrome químico múltiple, entre otros, pasando de ser entidades independientes para tener unos mecanismos de producción comunes, lo cual explica que el paciente no tenga numerosas enfermedades, sino que tendría un solo trastorno que puede provocar toda la sintomatología.

Происхождение русского названия: слово «синдром» происходит от древнегреческого *syndrome* – «стечение», «скопление», от древнегреческого *dromos* – «бег», «движение».

Термин «центральный» походит от существительного «центр», которое произошло от латинского *centrum*, которое в свою очередь было заимствовано от древнегреческого *kentron* – означающее «стрекало», «жало», «остриё (циркуля)» и восходит к праиндоевропейскому *kent* – «колоть».

Слово «сенсибилизация» в русском языке позаимствовано с французского (*sensibilisatio*) и происходит от латинского *sensibilis* – «чувствительный».

-**Obesidad** (latín): ожирение

Etimología: el término proviene del latín *obesitas* y significa “cualidad de sobrepeso”. Los componentes léxicos son: el prefijo ob- (sobre, delante), *esus* (comido), más el sufijo -dad (cualidad).

Definición: se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo. Es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal, se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida.

Происхождение русского термина: на самом деле, этот термин не происходит от латинского языка, но позаимствовал с латыни свою форму. Имеется в виду, что

в латыни *adipositas* буквально означает «ожирение» и *obesitas* (откуда произошел испанский термин) буквально означает «полнота, тучность, откормленность». Русское слово «ожирение» означает «избыточное отложение жира», «увеличение массы тела за счёт жировой ткани».

-**Trastorno neuroendocrino** (griego): нейроэндокринное расстройство.

Etimología: la palabra "trastorno" es un nombre de resultado del verbo trastornar, formación romance a partir de tras- (del latín trans-, "al otro lado") y el verbo tornare (girar, trepanar, tornear o labrar con un trépano o un torno).

La palabra "neuroendocrino" (relativo al sistema nervioso y a las células que vierten sus secreciones directamente en la sangre) en un neologismo compuesto por los siguientes elementos griegos: neuro- tomado de la palabra *neuron* (nervio), el prefijo endo- (dentro) derivado del adverbio *endo* (dentro, interior), más el elemento -crino que indica segregar, viene del verbo *krinein* (separar, distinguir, juzgar, cribar).

Definición: este trastorno reúne en sí los síntomas relacionados con las interacciones entre el sistema nervioso y el sistema endocrino.

Происхождение русского названия: первая часть названия этого заболевания, как и в испанском языке, происходит от древнегреческого языка. *Neuro* от *neuron* – «нерв», префикс *endo* – «внутри» и *-crino* – «отделять», «отличать».

Достоверное происхождение слова «расстройство» не известно, эта форма слова походит от *расстроить – расстраивать*, что означает «нарушать порядок, работоспособность».

-**Trastorno afectivo bipolar** (latín, griego): биполярное аффективное расстройство.

Etimología: la palabra "trastorno" es un nombre de resultado del verbo trastornar, formación romance a partir de tras- (del latín trans-, "al otro lado") y el verbo tornare (girar, trepanar, tornear o labrar con un trépano o un torno).

La palabra "afectivo" viene del latín *affectivus* y significa "relativo al sentimiento agradable hacia algo o alguien", compuesto por: el prefijo ad- (hacia), *facere* (hacer), más el sufijo -ivo (relación activa o pasiva).

La palabra "bipolar" (relativo a tener dos extremos) viene del latín *bis* (dos) y el griego *polos* (eje, poste).

Definición: es una enfermedad que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo. La persona que padece esta enfermedad pierde el control sobre su estado de ánimo y éste tiende a describir oscilaciones más o menos bruscas, que van desde la euforia patológica a la depresión, sin que éstas estén relacionadas con factores del mundo exterior.

Происхождение русского названия: происхождение слова «биполярный», как и в испанском языке, двойное, с латыни и древнегреческого языков. *Bis* с латинского – что означает «два» и *polos* с древне-греческого языка – «ось».

Термин «аффективный» происходит от латинского *affectivus* и означает «приятное чувство к чему-то или кому-то». Которое в свою очередь, состоит из *ad-* «к», *facere* – «делать» и *-ivo* – «активная о пассивная форма».

Достоверное происхождение слова «расстройство» не известно, эта форма слова походит от *расстроить – расстраивать*, что означает «нарушать порядок, работоспособность».

-**Síndrome de piernas inquietas** (latín): синдром беспокойных ног.

Etimología: la palabra “síndrome” (conjuntos de todos los síntomas que componen una enfermedad) viene del griego syndrome (concurso), formada por el prefijo syn (con, juntamente, a la vez) y la palabra dromos (camino, calle)

La palabra “pierna” viene del latín *perna*, con la diptongación característica de las palabras patrimoniales del español de la -e tónica.

La palabra “inquieta” viene del latín *inquietus* y significa “que se mueve mucho, que no reposa”, formada por el prefijo in- (no sin) y *quietus* (quieto, que no se mueve).

Definición: es un trastorno neurológico caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y un impulso incontrolable de moverse y andar cuando se está descansando, en un esfuerzo del paciente de aliviar estas sensaciones.

Происхождение русского названия: слово «синдром» происходит от древнегреческого *syndrome* – «стечение», «скопление», от древнегреческого *dromos* – «бег», «движение».

Само название этого синдрома указывает его главный симптом - беспокойные ноги или усталые ноги. Если углубиться в этимологию этих двух слов, то «усталый» состоит из префикса *у- +стать*. Слово «стать» происходит от праславянского *stati*, которое было позаимствовано с древнегреческого языка *histasthai*, *gignestai*, что в русском означает «стать, стану».

Слово «нога» может показаться самым обычным русским словом, но на самом деле в древности обычным названием нижней конечности было исчезнувшее затем общеиндоевропейское слово, звучавшее как-то вроде «пех» (латинское *pes*, греческое *pous* дают о нём некоторое представление, как и наши «пеший», «пешком», «пехота»). Слово же «нога», означало «копыто».

-**Enfermedad de Parkinson** (latín, inglés): болезнь Паркинсона.

Etimología: la palabra “enfermedad” viene del latín *infirmitas, -atis*. Formada a su vez por el prefijo latino in- que indica “negación”; el lexema latino firm- del adjetivo *firmus* (fuerte), y el sufijo latino -itat (abstracción o cualidad).

En 1817, James Parkinson, médico inglés, describió un síndrome que denominó *Parálisis Agitans*, el cual fue posteriormente denominado como enfermedad de Parkinson por Jean-Martin Charcot en 1861.

Definición: es una enfermedad neurodegenerativa crónica caracterizada por movimiento lento, rigidez, temblor y pérdida del control postural, también desencadena alteraciones en la función cognitiva, depresión, dolor y alteraciones en la función del sistema nervioso autónomo.

Происхождение русского названия: слово «болезнь» происходит от праславянского *bol'ěznь*, которое в свою очередь походит от старо-славянского *болѣзнь* и означает «болезнь», «нездоровье».

Названа же была эта болезнь в честь Деймса Паркинсона, который в 1817 году, описал синдром и опубликовал как «*Эссе о дрожательном параличе*». Позже заболевание получило имя британского врача Паркинсона, чей труд не был должным образом оценён при жизни.

-**Síndrome de Cushing** [hiperreactividad hipofisaria] (griego, inglés): синдром Кушинга [синдром гиперкортицизма].

Etimología: la palabra "síndrome" (conjuntos de todos los síntomas que componen una enfermedad) viene del griego syndrome (concurso), formada por el prefijo syn (con, juntamente, a la vez) y la palabra dromos (camino, calle).

En 1932, Harvey Williams Cushing fue el que describió el síndrome de Cushing, por eso lleva su nombre.

Definición: es un trastorno hormonal causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol, una hormona producida por las glándulas adrenales.

Происхождение русского названия: слово «синдром» происходит от древнегреческого *syndrome* – «стечение», «скопление», от древнегреческого *dromos* – «бег», «движение».

Эта болезнь носит имя Харвея Уильямса Кушинга, который описал в подробностях синдром в 1932 году.

-**Hiperprolactinemia** (griego, latín): гиперпролактинемия.

Etimología: el término procede del griego *hyper* (exceso, superioridad), el prefijo griego pro- (delante de, antes de) y del latín *lact-* (leche), el sufijo latino -ina (sustancia), y palabra griega *haima* (sangre).

Definición: es una afección en la que una persona tiene un nivel más alto de lo normal de la hormona prolactina en la sangre. La función principal de la prolactina es estimular la producción de leche materna tras el parto, por lo que un alto nivel de prolactina es normal durante el embarazo.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого *hyper* – «избыток», «превосходство», древнегреческий префикс *pro-* «перед» и с латинского *lact* – «молоко», суффикс *-ina* – «вещество» и древнегреческое слово *haima* – «кровь».

-**Hipocondría** (griego): ипохондрия.

Etimología: este término está formado con raíces griegas y significa "obsesiva preocupación sobre salud", el prefijo *hypo-* (debajo), *khondrión* (cartílago) y el sufijo -ia (cualidad).

Definición: es un trastorno mental que se caracteriza por una preocupación constante y obsesiva por la propia salud y por una tendencia a exagerar los sufrimientos, que pueden ser reales o imaginarios.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого языка и состоит из слов *hypo* – «под», «ниже» и *hondros* – «хрящ».

-**Trastorno de personalidad** (latín): расстройство личности.

Etimología: la palabra “trastorno” es un nombre de resultado del verbo trastornar, formación romance a partir de tras- (del latín trans-, “al otro lado”) y el verbo tornare (girar, trepanar, tornear o labrar con un trépano o un torno).

La palabra “personalidad” está formada con raíces latinas y significa “cualidad relacionada a un ser humano”. Los componentes léxicos son: *persona* (máscara teatral y luego persona), -*alis* (relativo a), más el sufijo -dad (cualidad).

Definición: es un tipo de trastorno mental en el cual tienes un patrón de pensamiento, desempeño y comportamiento marcado y poco saludable. Una persona con trastorno de personalidad tiene problemas para percibir y relacionarse con las situaciones y las personas.

Происхождение русского названия: достоверное происхождение слова «расстройство» не известно, эта форма слова походит от *расстроить – расстраивать*, что означает «нарушать порядок, работоспособность».

Слово «личность» происходит от «личный», как отвлечённое существительное, которое в свою очередь происходит от существительного «лик» (от праславянского *likъ*) и означает «то, что отлито в форме», «изображение», «представление о сущности в явлённом виде».

-**Cefaleas atípicas** (latín, griego): атипичная цефалгия.

Etimología: el término “cefalea” viene del latín *cephalaea* que se utiliza con el sentido de dolor de cabeza crónico. El vocablo es un préstamo de griego *kephalaia*.

La palabra “atípico” está formada con raíces griegas y significa “sin parecido”, el prefijo a- (no, sin), *typos* (modelo, impresión), más el sufijo -ico (relativo a).

Definición: es un diagnóstico que se le pone a una persona que sufre muchos dolores de cabeza, que pueden ser de diferente intensidad, pero sí prolongadas en el tiempo.

Происхождение русского названия: слово «атипичный» происходит от древнегреческого и означает «без сходства», и состоит с префикса *a*- «без» и *typos* – «модель», «впечатление».

Термин «цефалгия» происходит от латинского *cephalalgia*, которое в свою очередь было позаимствовано с древнегреческого языка *kephalalgia* (*kephale* – «голова» и *algos* – «боль»).

-**Bulimia** (griego): булимия.

Etimología: el término está formado por *limos* (hambre) y *bous* (buey).

Definición: es un trastorno alimentario por el cual una persona tiene episodios regulares de comer una gran cantidad de alimento durante los cuales siente una pérdida de control sobre la comida. La persona utiliza luego diversas formas, tales como vomitar o consumir laxantes, para evitar el aumento de peso.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого языка и состоит из слов *limos* – «голод» и *bous* – «вол».

-**Dispepsia** (griego): диспепсия.

Etimología: la palabra viene del griego *dyspepsia* formada por prefijo dys- (mal, negación), la raíz de la palabra *pepsis* (cocción) nombre de acción del verbo *pepsein* (cocer, diregir) y el sufijo -ia (cualidad).

Definición: es un conjunto de síntomas que se originan en el tracto gastrointestinal superior, en ausencia de cualquier causa estructural o enfermedad metabólica que pueda explicarlos. En los pacientes con dispepsia, el estómago no se relaja en respuesta a una comida, observándose también alteraciones de las contracciones y del vaciamiento gástrico.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого *dys* – «нет», «отрицание» + *pepsis* – «пищеварение».

-**Insomnio** (latín): бессонница.

Etimología: el término está compuesto por el prefijo in- (negación), *somnus* (sueño) y el sufijo -io (relativo a).

Definición: es un trastorno de sueño común que se caracteriza por falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.

Происхождение русского названия: само название этого заболевания говорит о его симптомах. Происходит от праславянского *sъnъ* – «сон» с префиксом *без-*.

-**Polimiositis** (griego): полимиозит.

Etimología: el término tiene raíces griegas y significa “enfermedad inflamatoria que afecta varios músculos”. Sus componentes léxicos son: el prefijo poli- (muchos) y palabra *mys*, *myos* (músculo).

Definición: es una enfermedad inflamatoria que causa debilidad muscular y, de ese modo, afecta ambos lados de cuerpo. Las personas que padecen polimiositis suelen tener dificultades a la hora de subir escaleras, pararse después de estar sentado, levantar objetos o alcanzar lugares que estén por encima de la cabeza.

Происхождение русского термина: так же, как и в испанском языке, это слово происходит от древнегреческого языка и состоит из: префикса *poli* – «много» и слова *mys*, *myos* – «мышца».

-**Dermatomiositis** (griego): дерматомиозит.

Etimología: este término procede del griego, está compuesto por las palabras *dermatos* (piel) y *mys*, *myos* (músculo), más el sufijo -itis (inflamación).

Definición: es una enfermedad del tejido conectivo, caracterizada por una inflamación de los músculos y de la piel.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого языка: *dermatos* – «кожа», *mys*, *myos* – «мышца» и суффикс *-itis* – «воспаление», который в русском языке сократился только до суффикса *-ит* и *-с* между гласными эволюционировала в *-з*.

-**Polimialgia reumática** [PMR] (griego): ревматическая полимиалгия.

Etimología: la palabra "polimialgia" está formada con raíces griegas: el prefijo poli- (muchos), *mys* (músculo) y *algos* (dolor), más el sufijo -ia (cualidad).

La palabra "reumático" viene del latín *rheumatismus*, que, a su vez, derriba de griego *rheumatismós* y este de *rheuma* (corriente, flujo), es un término no específico que se refiere a diversas condiciones médicas que afectan a las articulaciones, los huesos, cartílagos, músculos, ligamentos, tendones y el tejido conectivo.

Definición: es una enfermedad reumática inflamatoria, que afecta principalmente a personas mayores de 50 años y que ocasiona dolor y rigidez en cintura escapular y pelviana (zona de los hombros y de las caderas).

Происхождение русского названия: первое слово этого заболевания происходит от слова «ревматизм», которое в свою очередь произошло от древнегреческого reuma – «поток», «течение» и дало в итоге значение «растекание (по телу)».

Слово «полимиалгия», так же происходит от древнегреческого: *poli* – «много», *mys* – «мышца», *algos* – «боль» и суффикс *-ia* – «качество».

-**Lupus eritematoso sistémico** (latín, griego): системная красная волчанка.

Etimología: la palabra "lupus" proviene del latín y significa lobo. A esta enfermedad se la llama así porque puede originar una erupción en la cara que se asemeja a las máscaras que deja la mordedura de un lobo.

El término "eritematoso" viene del griego *erythros* y significa rojo o enrojecido.

La palabra "sistémico" quiere decir que algo afecta a la totalidad de un sistema, perteneciente o relativo a la totalidad de un sistema; general, por oposición a local.

Definición: es una enfermedad autoinmunitaria, caracterizada por un curso cíclico donde se alternan períodos de exacerbaciones y remisiones. Es una enfermedad que afecta prácticamente cualquier órgano del cuerpo, puesto que el sistema inmunitario de la persona ataca por error el tejido sano.

Происхождение русского названия: название «системная красная волчанка» восходит к началу XX века. «Системная» означает, что заболевание влияет на многие органы тела. Слово «волчанка» происходит от латинского слова *lupus* – «волк» и это относится к характерной, похожей по форме на бабочку сыпи на лице, которая похожа на белые отметины на морде волка, так же, это название

имеет отношении к разъедающему характеру болезни. Слово «красный» указывает на покраснение кожных высыпаний.

-**Artritis reumatoide** (griego): ревматоидный артрит.

Etimología: la palabra “artritis” viene del griego *arthritis*, formada de *arthron* (coyuntura) y el sufijo -itis (inflamación).

La palabra “reumatoide” está formada con raíces griegas *rheuma* (flujo de un humor, enfermedad que se manifiesta generalmente por inflamación de las articulaciones de las extremidades) y *eidos* (apariencia de), más el sufijo -reuma (hemorroide).

Definición: es una forma de artritis que causa dolor, inflamación, rigidez y pérdida de la función de las articulaciones. Puede afectar cualquier articulación, pero es común en las muñecas y los dedos.

Происхождение русского названия: «ревматоидный» происходит от слова «ревматизм», которое в свою очередь произошло от древнегреческого *reuma* – «поток», «течение» и понимается как «растекание (по телу)».

Слово «артрит» происходит от древнегреческого *arthros* – «член», «сустав», в котором префикс *ar*- происходит от праиндоевропейского и означает «сочленять», «соединять».

-**Síndrome de Sjögren** (griego, sueco): синдром Шегрена.

Etimología: la palabra “síndrome” (conjuntos de todos los síntomas que componen una enfermedad) viene del griego *syndrome* (concurso), formada por el prefijo *syn* (con, juntamente, a la vez) y la palabra *dromos* (camino, calle).

Recibe su nombre en honor al científico sueco Henrik Sjögren.

Definición: es una enfermedad autoinmune. Esto significa que el sistema inmunitario ataca partes de su propio cuerpo por error, en este caso, éste ataca las glándulas que producen las lágrimas y la saliva. Esto provoca boca seca y ojos secos.

Происхождение русского названия: слово «синдром» происходит от древнегреческого *syndrome* – «стечение», «скопление», от древнегреческого *dromos* – «бег», «движение».

Название дано в честь шведского офтальмолога Хенрика Шегрена, который впервые описал данный синдром.

-**Miopatía** (griego): миопатия.

Etimología: el término procede del griego y está formado por: *mys*, *myos* (ratón, músculo) y *pathos* (padecimiento, sufrimiento), más el sufijo -ia (cualidad).

Definición: es una enfermedad muscular. Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades que implican inflamación muscular crónica, acompañada por debilidad muscular.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого *mys*, *myos* – «мышца» и *pathos* – «болезнь», «страдание».

-**Hipotiroidismo** (griego, latín): гипотиреоз.

Etimología: el término procede del griego *hypo* (bajo) y del latín *thyreoidea* (glándula tiroidea).

Definición: es una enfermedad que se caracteriza por la disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides y el descenso de secreción de hormonas tiroideas; provoca disminución del metabolismo basal, cansancio, sensibilidad al frío y, en la mujer, alteraciones menstruales.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого *hypo* – «под», «ниже», «мало» и латинского *thyroidea* – «щитовидная железа».

-**Hipertiroidismo** (griego): гипертиреоз.

Etimología: el término está formado por raíces griegas: el prefijo hiper- (sobre, por encima de), *thyreoeides* (tiroides, glándula que se parece a un escudo), más el sufijo -ismo (actividad de un agente que resulta patógeno).

Definición: es una enfermedad que se caracteriza por la producción demasiada de la hormona tiroxina por la glándula tiroides. El hipertiroidismo puede acelerar el metabolismo del cuerpo, lo cual cusa una pérdida de peso involuntaria y latidos rápidos o irregulares.

Происхождение русского термина: это термин происходит от древнегреческого *hiper* – «больше», «много» и латинского *thyreoidea* – «щитовидная железа».

-**Hiperparatiroidismo** (griego): гиперпаратиреоз.

Etimología: este término proviene de griego y está formado por: el prefijo hiper- (sobre, encima) y el sufijo -ismo (actividad de un agente que resulta patógeno) sobre la palabra “paratiroides” y esta del griego *parathyreoides* (pequeña glándula que se encuentra justo al tiroides).

Definición: es una enfermedad que se caracteriza por el exceso de la hormona paratiroidea en el torrente sanguíneo ocasionado por la hiperactividad de una o más de las cuatro glándulas paratiroides.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от древнегреческого *hiper* – «больше», «много» и *parathyreoides* – «маленькая железа, которая находится рядом с щитовидной железой».

-**Osteomalacia** (griego): остеомаляция.

Etimología: este término viene del griego y está compuesto por: *osteon* (hueso) y *malakos* (blando), más el sufijo -ia (cualidad).

Definición: es un síndrome que se caracteriza por un reblandecimiento de los huesos debido a la pérdida de sales calcáreas; es causado por una carencia de vitamina D.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от латинского *osteomalacia*, который в свою очередь произошёл от древнегреческого *osteon* –

«кость» и *malakia* – «мягкость», которые в результате дали значение «размягчение костей».

-**Enfermedad de Lyme** [borreliosis de Lyme] (latín, inglés): болезнь Лайма.

Etimología: la palabra “enfermedad” viene del latín *infirmitas, -atis*. Formada a su vez por el prefijo latino in- que indica “negación”; el lexema latino firm- del adjetivo *firmus* (fuerte), y el sufijo latino -itat (abstracción o cualidad).

Entre los años 1975 y 1977, se estudiaron los pacientes con el diagnóstico presumible de artritis reumatoide juvenil en residentes de tres comunidades contiguas de la ciudad de Connecticut, es Estados Unidos: Old Lyme, Lyme y East Haddam. Fue cuando los investigadores describieron de forma completa la infección y denominaron la enfermedad con el nombre de la localidad de Lyme.

Esta enfermedad también se conoce como borreliosis de Lyme, este nombre proviene de nombre de la bacteria Borrelia que figura como agente principal etiológico de la enfermedad de Lyme.

Definición: es una enfermedad infecciosa causada por distintas especies de espiroquetas del género Borrelio que producen cuadros clínicos diferentes. Se transmite por distintas especies de garrapatas y afecta a la piel, el sistema nervioso, el sistema musculoesquelético y el corazón.

Происхождение русского названия: слово «болезнь» происходит от праславянского *bol’ěznь*, которое в свою очередь походит от старо-славянского *болѣзнь* и означает «болезнь», «нездоровье».

Впервые сообщения о системном клещевом боррелиозе появились в 1975 году в США, где 1 ноября в штате Коннектикут, в небольшом городке Олд-Лайм, были зарегистрированы случаи этой болезни. Заболеванию дали такое название в честь города, где впервые были выявлены первые больные.

-**Infecciones entéricas** (latín, griego): кишечные инцекции.

Etimología: la palabra “infección” viene del latín *infectio*, compuesta por: el prefijo in- (que indica una acción hacia dentro), el verbo *facere* (hacer), el sufijo -tio (-ción = acción y afecto).

La palabra “entérico” viene del griego *enterikos* y está compuesta por: *enteron* (intestino) y el sufijo -ico (relativo a).

Definición: los trastornos entéricos tienen origen infeccioso y estás asociados a la ingesta de alimentos o agua o por el contacto con heces o vómitos que contienen agentes etiológicos como bacterias, virus o parásitos en cantidades que afectan a la salud del consumidor.

Происхождение русского названия: слово «кишечный» происходит от существительного «кишка», которое произошло от праславянского *kys*- изначальное значение которого было «киснущая внутренность».

Термин «инфекция» происходит от латинского *infectio, infecere* и означает «заражать».

-**Espondilitis anquilosante** (griego): анкилозирующий спондилоартрит.

Etimología: la palabra “espondilitis” viene del griego, compuesta por: *spondylos* (vértebra) y el sufijo -itis (inflamación).

La palabra “anquilosante” viene del griego *ankylos* y significa soldadura.

Definición: es una forma crónica de artritis que afecta los huesos y las articulaciones en la base de columna, donde esta se conecta con la pelvis. Estas articulaciones resultan inflamadas e hinchadas.

Происхождение русского названия: слово «анкилозирующий» происходит от древнегреческого *ankylos* – «спайка», «соединение».

Слово «спондилоартрит» состоит из двух слов с древнегреческого языка: *spondylos* – «позвоночник» и *arthros* – «член», «сустав».

-**Vasculitis** (latín): васкулит.

Etimología: este término viene del latín *vasculum* (vasito) con el sufijo -itis (inflamación).

Definición: es una inflamación de los vasos sanguíneos. Ocurre cuando el sistema inmunitario del cuerpo ataca a los vasos sanguíneos por equivocación, que puede ocurrir por una infección, una medicina u otra enfermedad.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от латинского *vasculum* – «сосуд» и суффикса *-itis* – «воспаление».

-**Bursitis** (griego): бурсит.

Etimología: es un neologismo que proviene del griego compuesto por: la palabra *byrsa* (piel curtida, badana, piel de vacuno, piel de todo, odre, bolsa de cuero) y el sufijo -itis (inflamación).

Definición: es una enfermedad cuyo síntoma principal es la inflamación de la estructura en forma de bolsa que está entre los músculos, huesos y tendones.

Происхождение русского термина: этот термин происходит от латинского *bursa* и означает «сумка».

-**Mieloma múltiple** (griego, latín): множественная миелома.

Etimología: la palabra “mieloma” viene del griego *myelos* (médula) y *ma* (resultado de un proceso).

La palabra “múltiple” viene del latín *multiplus* y significa de muchas maneras. Está formada por: *multus* (mucho) y *plus* (plegado).

Definición: es un tipo de cáncer de la médula ósea, en el que existe una poliferación anormal de células plasmáticas. Dichas células de la sangre producen los anticuerpos (inmunoglobulinas) que defienden al organismo de infecciones y otras sustancias extrañas (antígenos).

Происхождение русского названия: слово «множественный» происходит от существительного «множество», которое произошло от праславянского *тъподъ* – «много», «большое количество».

Термин «миелома» происходит от древнегреческого *myelos* - «костный мозг» и *ma* – «результат какого-либо процесса».

-**Colon irritable** (griego, latín): раздражение толстой кишки.

Etimología: la palabra “colon” viene del griego *kolon* (miembro). Se refiere a la parte del intestino grueso que empieza por el ciego y termina en el recto.

La palabra “irritable” viene del latín *irritabilis* y significa que se enoja fácilmente. Está compuesta por: el prefijo in- (no), *ratus* (contado, calculo) y el sufijo -ble (que puede).

Definición: es una enfermedad intestinal que provoca dolores abdominales y cambios en el tránsito intestinal, alternando períodos de estreñimiento con descomposición o diarrea.

Происхождение русского названия: слово «раздражение» происходит от праславянского и родственно древне-индоевропейскому *draghate* – «раздражать», «мучить».

Слово «кишка», которое произошло от праславянского *kys*- изначальное значение которого было «киснущая внутренность».

-**Rinitis crónica** (griego): хронический ринит.

Etimología: la palabra “rinitis” viene del griego: *rhinos* (nariz) y el sufijo -itis (inflamación).

La palabra “crónico” viene del griego *khronikos* derivado de *khronos* y significa larga duración.

Definición: es una enfermedad que presenta inflamación e hinchazón de la membrana de la nariz; se caracteriza por secreción nasal y congestión y suele aparecer a causa de un resfriad común o de una alergia estacional.

Происхождение русского названия: слово «хронический» происходит от древнегреческого *khronikos* – «временной», которое восходит к термину *khronos* – «время», «что-то, что длится много времени».

Термин «ринит» происходит от древнегреческого *rhis, rhinos* – «нос» и суффикса -*itis* – «воспаление».

-**Apnea del sueño** (griego, latín): апноэ во сне.

Etimología: la palabra “apnea” viene del griego *apnoia* y estás compuesta por: el prefijo a- (negación), el verbo *pnein* (respirar, soplar) y el sufijo -ia (cualidad, acción).

La palabra “sueño” viene del latín *somnus*.

Definición: es un trastorno común en donde la respiración se interrumpe o se hace muy superficial, lo que causa un colapso en las vías respiratorias o una obstrucción de ellas durante el sueño. La respiración vuelve con un ronquido o resoplido.

Происхождение русского термина: термин «апноэ» происходит от древнегреческого *apnoia* и означает «безветрие», «отсутствие дыхания».

Само название этого заболевания говорит о его симптомах, или точнее, когда эти симптомы проявляются (т.е. буквально «во время сна»). Слово «сон» происходит от праславянского *sъnъ* – «сон».

8.1. Comentario

Como podemos observar en los términos que se han escogido para este apartado, todos pertenecen al mismo grupo de "enfermedades" o, mejor dicho, los diagnósticos primarios que pueden tener los pacientes. Aunque algunos son enfermedades en sí, otros podrían ser también síntomas de otras enfermedades, pero también podrían existir como diagnósticos primarios.

La mayoría de estos términos proceden en ambas lenguas del mismo idioma. Es decir, si en español el término "apnea", por ejemplo, procede del griego, lo mismo observamos en ruso («апноэ», procedente de griego). Pero también están los términos que suenan muy diferente y en ambas lenguas tienen diferentes idiomas de procedencia. Por ejemplo, "insomnio" en ruso es "бессонница". La mayoría de los nombres de las enfermedades, como en general la mayoría de los términos de medicina, proceden de latín o griego, pero se dan casos en ruso de procedencia de eslavo antiguo o indoeuropeo directamente.

Para poder llegar a entender este fenómeno, deberíamos retroceder en la historia de la evolución de la lengua rusa y profundizarnos un poco en su etimología.

La terminología médica rusa, por lo general, se divide en tres grupos: procedentes de indoeuropeo y dialectos de eslavo antiguo; procedentes de latín y griego; y, por último, los neologismos y prestamos de lenguas extranjeras.

El primer grupo en su tiempo era el más grande. Pero durante el último milenio fue perdiendo su volumen y muchos de los términos eslavos, hoy en día, no pueden entender ni los propios médicos y con suerte pueden llegar a entender solo los lingüistas.

El segundo grupo empezó integrarse al principio del siglo X, durante los tiempos cuando la Rus de Kiev se aproximaba con el Bizancio y continuo en la época cuando se enseñaba la terminología anatómica y quirúrgica en latín. Era el tiempo cuando dominar latín se consideraba de élite y sabios, o reformulando, el latín era de moda en aquel tiempo y suponía privilegios entre ciertos círculos de la sociedad.

A finales del siglo XIX, el latín cedió su papel de la lengua de comunicación internacional científica y de libros a las lenguas nacionales. Así se formó el tercer grupo etimológico en ruso que se forma por los neologismos y prestamos de las lenguas

extranjeras. Este grupo contiene algunos términos poco entendidos por la población y algunos que no se entienden nada y que no tienen una relación directa con ciencias.

Si analizamos los términos médicos en ruso, nos damos cuenta de que cuatro de cinco palabras proceden del latín y griego. Pero ¿qué pasa con otra minoría? Esta minoría procede de indoeuropeo, como se ha dicho anteriormente, y se puede explicar retrocediendo al pasado. Los términos relacionados con los órganos internos son de origen indoeuropeo o eslavo antiguo y tenían relación con los términos culinarios. Así, por ejemplo, la palabra *кишечник* y *кишка* (intestino) significaba *колбаса* (embutido), la palabra *печень* (hígado) significaba *печёнка*, *жаркое* (horneado, estofado).

Otro tipo de términos, son los que tienen el mismo significado, pero provienen de diferentes lenguas al español y ruso. Por ejemplo, la enfermedad "lupus eritematoso", que en ruso sería *красная волчанка*, en ambas lenguas proviene de palabra lobo, pero no son del mismo origen. Del mismo tipo sería el término "coxis", en ruso *копчик*. En español procede de la palabra que es la definición latina de algunos tipos de cucos y en ruso viene de la palabra *кобчик*, es una pequeña ave de rapiña de la familia de los halcones. Tanto en uno, como en el otro caso, el pico de ave es de forma de un gancho afilado. La analogía visual con el coxis es obvia.

El uso de definiciones comparativas de origen zoológico, como reflejo del sufrimiento en la imagen de un universo holístico, fue muy característico. Algunas de estas definiciones todavía se usan en el lenguaje ruso, por ejemplo: *стенокардия* (angina de pecho) – «грудная жаба» (el sapo del pecho), *абдоминальная ишемическая болезнь* (enfermedad isquémica abdominal) – «брюшная жаба» (el sapo abdominal), *синдром раздражённого кишечника* (síndrome del intestino irritable) – «медвежья болезнь» (la enfermedad del oso), *эпидемический паротит* (paperas epidémico) – «свинка» (el cerdito), *туберкулёз* (tuberculosis) – «собачья старость» (la vejez del perro) y otros. En estos nombres observamos el reflejo de las enfermedades visualizadas de manera única o la manifestación de los síndromes de dolor severo.

También de manera parecida se refleja "la imaginación" del pueblo en los términos médicos rusos relacionados con psiquiatría. Así, por ejemplo, *юродивый* (santo tonto), que se usaba para llamar a la gente loca, se llamaba en el pueblo *Божьей* (del Dios), pero solo se usaba para referirse a la gente que nació con esta patología y no se volvió loco con el tiempo.

En conclusión, los términos médicos rusos y españoles tienen muchos léxicos en común, debido al mismo idioma de origen (latín y griego), pero los términos que no son iguales o parecidos, en ruso proceden de eslavo antiguo, indoeuropeo u otra lengua extranjera. Estos últimos son minoría, debido a la historia de evolución y uso del lenguaje. También en los términos coloquiales y procedentes de eslavo antiguo observamos el reflejo de la imaginación del pueblo eslavo, como comparaban las enfermedades con el mundo zoológico, como llamaban los órganos internos con términos culinarios o como relacionaban alguna patología psiquiátrica con la señal divina.

9. Conclusiones

La meta principal de este trabajo es darle más visibilidad a la enfermedad de fibromialgia, poder estudiar un tema del ámbito de medicina con más detalles y profundidad, y comparar la situación de dicha enfermedad en los países ruso e hispanoparlantes. Se ha dedicado bastante tiempo y espacio para aclarar en qué consiste la fibromialgia, cómo se diagnostica y qué tipos de tratamientos se aplican en Rusia y España, como países de referencia. Se realizó una encuesta cuali-cuantitativa a los pacientes de ambos países, para poder conseguir una comparación más fiel a la realidad. Y, por otro lado, se realizó un estudio terminológico del tema. Los términos han sido estudiados, analizados y comentados.

En primer lugar, cabe mencionar, que a pesar de ciertas dificultades obvias (el hecho de no poder acceder a las fuentes directas rusas, sino que tuvimos que conformarnos con las fuentes de Internet y casi la imposibilidad de contactar en persona con los pacientes rusos) el presente trabajo ha sido elaborado durante mucho tiempo. Las fuentes se escogían con alto criterio y toda la información ha sido confirmada por un profesional médico.

Basándose en el análisis de la literatura estudiada para el presente trabajo, podemos concluir, que el tipo de información que tienen a su mano los profesionales en Rusia es equivalente a la existente en España. Los pasos seguidos para diagnosticar fibromialgia en ambos países son bastante similares. Los profesionales, en primer lugar, realizan unas pruebas y cuando están seguros de que no es ninguna otra enfermedad, llegan al diagnóstico diferencial de fibromialgia. Algunos de ellos para acelerar el proceso acuden a unas encuestas que facilitan el mecanismo de diagnóstico y una lista de pruebas para excluir otras enfermedades. Independientemente de donde sea el profesional, se dan casos de no reconocimiento de fibromialgia como una enfermedad real según refieren los afectados. Sin embargo, no es algo que dependa de los pacientes y no es algo característico solo de Rusia o de España tal y como remarca la bibliografía consultada.

Cuando el profesional diagnostica fibromialgia, pasa al siguiente paso: el tratamiento. El material expuesto en este trabajo nos permite concluir, que en ambos países los tratamientos son similares. Es decir, en ambos como primera opción se prescriben a los pacientes antidepresivos, analgésicos y tranquilizantes, y si estos no hacen el efecto necesario se acude a medicamentos más fuertes o personalizados para el paciente. Igualmente, en uno y otro ámbito, se recomienda el tratamiento multidisciplinario o mixto, es decir, combinar el tratamiento farmacológico con aquel basado en ejercicios físicos y en algunos casos, sumando el tratamiento basado en psicoterapias. Asimismo, basándonos en el marco teórico, podemos afirmar que la situación de fibromialgia en Rusia y España es casi igual.

A la hora de hablar sobre la encuesta, podemos decir que solo nos confirma las conclusiones basadas en el marco teórico. De esta manera, en los resultados se refleja lo poco que se sabe sobre la fibromialgia, el tiempo que se tarda en diagnosticarla y los problemas e impacto que tiene en la vida diaria. Por lo tanto, también deberíamos mencionar la importancia de las asociaciones en España. Es un lugar donde te puedes informar, hacer actividades y conocer la gente que ya tiene experiencia con la enfermedad y sus tratamientos, y puede ayudarte superar ciertas dificultades.

En Rusia, sin embargo, no existen este tipo de asociaciones. En lugar de tenerlas los enfermos crean chats en las redes sociales y a través de ellos comparten sus experiencias, consejos e información. Pero como ya hemos visto, durante esta investigación, el contacto humano, las charlas y las actividades ayudan a superar algunas manifestaciones clínicas de fibromialgia.

En cuanto al tratamiento terminológico, hemos buscado la etimología de algunos de ellos en ambas lenguas y hemos descubierto que, en caso de los términos rusos, cuatro de cada cinco términos proceden del latín y griego, al igual que en español. Sin embargo, también existen formas coloquiales de algunas enfermedades, relacionadas con el eslavo antiguo, indoeuropeo o simplemente la cultura y mentalidad de sus antepasados. En este caso, estos términos tienen los nombres en función del efecto que provoca la enfermedad o de los síntomas físicos que presenta, asociadas a unos animales o hechos que tienen un efecto parecido. A la hora de traducción, estos términos podrían dar lugar a dificultades, ya que si el traductor es hispanohablante no podría entender los nombres de las enfermedades, y si el traductor es rusoparlante puede equivocarse y traducirlos literalmente.

Comentando la traducción realizada para este trabajo, podemos ver que los términos médicos no son como los jurídicos, por ejemplo. En el ámbito jurídico es muy difícil realizar las traducciones ya que el lenguaje usado en español es más antiguo que el lenguaje ruso jurídico.

En el ámbito médico no hay tanta diferencia entre los lenguajes que se usan en ambas lenguas, lo cual puede facilitar un poco el proceso de traducción de este tipo de textos y documentos. En mayoría de los casos, es más fácil traducir las frases que se parecen de estructura, que unas totalmente diferentes. El lenguaje médico se caracteriza por su precisión, neutralidad emocional y estabilidad.

Debido a una densidad terminológica media en este trabajo y un marcaje cultural también de nivel medio, los términos que aparecen pueden ser entendidos por la mayoría de la población. La dificultad más común en las traducciones del español al ruso, o al revés, es la longitud de las frases y la posición de algunos miembros sintácticos en una frase. Con otras palabras, las frases se forman de distinta manera en español y ruso.

Es de gran importancia mencionar que el método escogido para la realización de este trabajo hizo que se llevara a cabo con éxito. Hemos conseguido ver a la enfermedad de fibromialgia desde varios puntos de vista. Desde el punto de vista científico y lingüístico, desde el punto de vista de los enfermos, de los profesionales y de los familiares (aunque este último ha sido solo uno). De esta manera, creamos un documento que contiene información de interés no solo para los profesionales, sino que también para los lingüistas y los enfermos o personas interesadas en este tema.

En conclusión, los profesionales e investigadores de este ámbito deberían procurar que se traduzcan más textos sobre las enfermedades y en general los artículos científicos, ya que durante esta investigación se ha descubierto mucha información de interés que se puede encontrar solo en una lengua. Lo cual, en cierto modo limita a los profesionales del mundo entero.

Los descubrimientos científicos deberían compartirse con el mundo entero, de esta manera unos podrían complementar a otros, y cuando en un país hayan avanzado en el tratamiento de una enfermedad, deberían usar los materiales para ayudar a los demás. La visibilidad de las enfermedades poco comunes es muy importante.

Desde el punto de vista de un traductor-intérprete es importante seguir formándose continuamente y adquirir nuevos conocimientos sobre el ámbito en el que se especializa.

10. Biblio y Webgrafía:

Libros y artículos científicos:

E. Revuelta Evrard, E. Segura Escobar, J. Paulino Tevar, 2010. *Revista de la sociedad española del dolor*. Recuperado de: www.elsevier.es/resed

Dr.Lafuente Tierra, Dr. Martín González, Dr. Méndez Montesinos, Dr. Siboni Gabay, Dr. Vázquez González, Dra. Qizhi Xu. 2006. *Fibromialgia: su tratamiento en Reumatología y Acupuntura*. Madrid: Dilema, 2006

Manuel Lípez Espino, José Carlos Mingote Adán. *Fibromialgia*. Clínica y Salud, 2008, vol. 19 n.º 3 – Págs. 343-358. ISSN: 1135-0806. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n3/v19n3a05.pdf

F. Wolfe. *What use are fibromyalgia control points?* J Rheumatol. 1998 Mar;25(3):546-50. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9517779

S. Moyano, J. Guillermo Kilstein, C. Alegre de Miguel. *Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?* Vol. 11. Núm. 4. páginas 210-214 (Julio - Agosto 2015). Recuperado de: https://www.reumatologiaclinica.org/es-nuevos-criterios-diagnosticos-fibromialgia-vinieron-articulo-S1699258X14001739

Dr. Alex Jiménez. Fibromialgia Historia y Definisión. Recuperado de: https://es.dralexjimenez.com/fibromyalgia-history-definition/

Andrey Afganov. *Etimología y semántica de algunos términos médicos*. The Public Health "Clinic Nº4", Russia, Smolensk. (2015) Recuperado de: https://cyberleninka.ru/article/n/etimologiya-i-semantika-nekotoryh-meditsinskih-terminov

J. Rivera, C. Alegre, M.B. Nishishinya, C.A.Pereda. *Evidencias terapéuticas en fibromialgia*. Reumatol Clin. 2006; 2 Supl 1: S34-7. Recuperado en: http://www.doyma.es

A. Collado Cruz, M.D. Cuevas Cuerda, M.D. Estrada Sabadell, M.T. Flórez García, V. Giner Ruiz, J. Marín López, M.A. Pastor Mira, B. Rodríguez Ortiz de Salazar, R. Sanz Amores. *Fibromialgia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Sanidad: 2011. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf

V.L. Villanueva, J.C. Valía, G. Cerda, V. Monsalve, M.J. Bayona, J. de Andrés. *Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión*. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 430-443. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700005

Asafa (2018) *Un poco de Historia sobre fibromialgia*. Recuperado de: https://www.asafa.es/un-poco-de-historia-sobre-fibromialgia/

A.Bordyliuk. *Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento*. Recuperado de: https://doctor-neurologist.ru/fibromialgiya-diagnostika-i-lechenie

Neurolikar. *Analítica para la fibromialgia.* Recuperado de: https://neurolikar.com.ua/анализ-крови-на-фибромиалгию/

Aránzazu Moreno Navarro (2016-2017). *Glosario de las enfermedades raras*. Recuperado de: https://www.upf.edu/documents/3898938/7518782/Ar%C3%A1nzazuMorenoTrabajoFinalERrevisado.pdf/9f3c9df6-dc3b-37d9-8a59-f612d37c5716

A.Danilov. *Fibromialgia y Lyrika*. Recuperado de: https://docplayer.ru/28286718-Fibromialgiya-i-lirika.html

Otros materiales utilizados o consultados:

Справочник лекарственных средств: https://www.vidal.ru/search?t=atc&q=N06AX06+&bad=on

Diccionario etimológico español en línea: http://etimologias.dechile.net/?suen.o

Academia Nacional de Medicina de Colombia: http://dic.idiomamedico.net/index.php?title=P%C3%A1gina_principal

Русский Медицинский Журнал: http://www.paininfo.ru/articles/rmj/

H.S. Smith, R. Harris, D. Clauw (marzo-abril de 2011) *Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome.* Pain Physician (en inglés) Recuperado de: https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MTQ1Ng%3D%3D&journal=60

R. Belenguer, M. Ramos-Casal, A. Siso, J. Rivera (marzo-abril 2009). *Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura.* Reumatología Clínica (Elsevier España). Recuperado de: https://www.reumatologiaclinica.org/es-clasificacion-fibromialgia-revision-sistematica-literatura-articulo-S1699258X09000060

F. Wolfe, H.A. Smythe, M.B. Yunus, R.M. Bennett, C. Bombardier, D.L. Goldenberg, P. Tugwell, S.M. Campbell, *et al.* (febrero de 1990). «*Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee*» [Criterio para la clasificación de la fibromialgia. Reporte del comité de criterios multicéntrico]. Arthritis Rheum (en inglés) (Estados Unidos: The American College of Rheumatology). Recuperado de: https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/1990_Criteria_for_Classification_Fibro.pdf

ANEXO I

Traducción de apartados a la segunda lengua según la normativa de TFM:

1. Введение

1.1. Мотивация и Аргументация

Первая и самая важная причина, по которой я выбрала эту тему, заключается в том, что у меня самой есть риск страдать от этой болезни. На мой взгляд, очень важно, достичь цели, чтобы большее количество людей знало о редких или необычных заболеваниях, потому что они влияют не только на жизнь самих больных, но и на людей, что их окружают, социально-семейную и трудовую среду.

В данной работе, мы преследуем цель не только информировать как можно большее количество людей о том, что такое фибромиалгия, но и помочь её пациентам увидеть эту болезнь с другой точки зрения рассмотреть её со стороны устного и письменного перевода. Очевидно, что это не та тема, с которой переводчик может встретиться каждый день, но всё-таки, есть шанс, хоть и маленький, работы с ней.

В этой работе мы увидим в чём состоит, собственно, это заболевание, его влияние на повседневную жизнь, и обсудим условия и различия между его диагностированием и лечением в русско- и испаноговорящих странах. Конечная цель этой работы – предложить перевод необходимой документации, чтобы стать членом ассоциации, разработать глоссарий с терминами, необходимыми для лучшего понимания этой темы, сравнить этимологию некоторых медицинских терминов и сравнить ситуацию заболевания в России и Испании.

1.2. Значение и Определение

Прежде чем перейти к тому, что представляет с себя эта работа, я сделаю введение, начиная со значения слова фибромиалгия. Этот термин происходит от латинского fibra, которое относится к волокнистой ткани (которая отвечает за соединение других тканей вместе), а также с древнегреческого myo (мышца) и algia (боль). В самом названии заболевания отражается то, с чего оно состоит: можно сказать, что фибромиалгия – это боль в мышцах и волокнистых тканях, но помимо этого у него есть много других симптомов, по которым его можно распознать и подробнее о которых мы упомянем в этой работе.

Фибромиалгия – это состояние, характеризующееся широко распространённой хронической болью и высокой болевой чувствительностью к тактильным раздражителям (аллодиния). Помимо боли могут проявляться и другие симптомы, поэтому часто используется термин фибромиалгический синдром (SMF). Другие симптомы включают в себя: чувство усталости, которое приводит к изменению повседневной жизни, нарушение сна и функциональное снижение подвижности суставов. Большое количество пациентов страдают от когнитивной дисфункции, характеризующейся потерей концентрации внимания,

проблемами с временной и длительной памятью, консолидацией временной памяти, снижением продуктивности, неспособностью выполнять несколько задач одновременно, когнитивной перегрузкой и понижением внимания. Некоторые пациенты жалуются на проблемы с глотанием (дисфагия), расстройства мочевого пузыря и кишечника, онемение и покалывание, не глютеновую чувствительность к глютену и усталость.

Фибромиалгия часто сочетается с психиатрическими состояниями, такими как депрессия, беспокойство, расстройства, связанные со стрессом, то есть посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Важно отметить, что не все люди с фибромиалгией имеют симптомы, упомянутые выше.

Хотя фибромиалгию классифицируют в соответствии с наличием распространённой хронической боли, боль также может локализоваться в плечах, шее, спине, бёдрах и других областях (всего существует 18 болевых точек (рис.1)). Почти каждый специалист в мире полагается на это изображение для диагностики фибромиалгии.

1.3. Исторические Данные

Уже в 1815 году хирург из Эдинбургского университета Уильям Бальфур описал фибромиалгию как узелки в «ревматической мышце» (выпуклости в мышце), которые были заметны при пальпации областей мышечных сокращений.

В 1841 году французский доктор Франсуа Валликс посвятил болезни большой раздел в своей книге *«Трактат о невралгии»*.

Позже, в 1843 году, немецкий анатом Роберт Р. Флорип описал некоторые характеристики в своём *Трактате по патологии и терапии ревматизма*, отметив, что боль возникает в некоторых областях тела при пальпации или умеренном нажимании.

Тем не менее, первое официальное определение заболевания приписывается британскому неврологу сэру Уильяму Гауэрсу, который в 1903 году подумал, что это может быть воспаление фиброзной (соединительной) ткани, и поэтому назвал его фиброзитом, термин, который постепенно прекратил использоваться.

Спустя несколько лет, в 1975 году, два фундаментальных исследователя (Смайт и Молдофски) подумали, что плохое качество сна может быть одним из основных нарушений при фибромиалгии и причиной остальных симптомов. Эти исследователи, наряду с другими авторами, такими как Юнус или Гольденберг, были ответственны за определение первого набора диагностических критериев для этого заболевания. В частности, распространённая хроническая боль на протяжении более трёх месяцев, нарушение сна, сопровождающееся утренней усталостью и плохой подвижностью, а также общее снижение болевого порога.

Наконец, в 1990 году Американский колледж ревматологии опубликовал первые согласованные диагностические критерии.

В 1992 году в Копенгагенской декларации (Дания) ВОЗ признала фибромиалгию как болезнь, обозначив её кодом M79.9 в руководстве по Международной классификации болезней.

В 1994 году эта болезнь также была признана Международной ассоциацией по изучению боли, которая классифицировала её кодом X33.X8a.

12-е мая было назначено Международным днём фибромиалгии, посвящённый рождению Флоренс Найтингейл, пострадавшей от этой болезни и ставшей пионером Современного сестринского ухода и решающей фигурой в создании Британского Красного Креста.

В настоящее время, по оценкам, около 800 000 человек страдают от этой болезни в Испании. Несколько исследований, сделанных в других странах, таких как Франция, Швеция, Германия, Италия, Канада и США, показывают распространённость болезни около 2-3% среди населения, очень похожий процент с Испанией.

Заболевание обычно возникает между 35-ю и 55-ю годами, но также, может появиться на любом этапе жизни. Случаи заболевания наблюдаются даже у детей и подростков, хотя в гораздо меньшей пропорции.

1.4. Депрессия, Тревога и Фибромиалгия

1.4.1. Психические расстройства, связанные с фибромиалгией

Этиопатогенный механизм этой ассоциации недостаточно хорошо продемонстрирован, но многие причины были смешаны, среди которых механизм хронического стресса, хронической боли, расстройства личности, как независимого, так и зависимого от заболевания, задержка диагностики, недостаточная эффективность лечения, самолечение и другие. Аналогичным образом, проблемы на работе и социально-семейная среда оказывают негативное влияние на настроение пациента и могут быть связаны с самолечением, либо от применения лекарств для уменьшения боли, от которой он страдает, либо для лечения других сопутствующих симптомов, либо для попытки справиться с этими чувствами безнадёжности, отчаяния и вины.

Психиатрические расстройства вызывают состояние разочарования, при котором человек не может бороться с болезнью и справиться с ней, увеличивая её интенсивность и создавая порочный круг, в котором симптомы фибромиалгии усиливают чувство отчаяния, которое, в свою очередь, провоцирует обострение психопатологических изменений, а также осложняет его решение и возможность справиться с болезнью. Также была описана некоторая связь с психологическими расстройствами, которые предрасполагают к описанной психиатрической патологии (алекситимия, ипохондрия, расстройство личности и другие). Следует отметить, что пациенты с фибромиалгией демонстрируют выраженную тревогу по поводу оценки и принятия на себя обязанностей, некоторых фобических элементов и, даже, нормальной повседневной жизни.

Следует отметить, что депрессия и тревога являются патологиями, очень тесно связанными с любым типом хронических заболеваний, встречающихся у 30 % из них; 75% депрессантов происходят от соматических симптомов; 25% диагностированы с определёнными психическими расстройствами; почти 70% страдающих от хронической боли имеют психологическое / психическое расстройства; и у пациентов, которые описывают боль, помимо других симптомов, обращаясь к своему врачу (приблизительная частота 20-80% всех сделанных им консультаций), они обращаются к психиатрической патологии в 40%. (Revuelta Evrard, Segura Escobar, Paulino Tevar, 2010)

1.4.2. Клиника психических расстройств при фибромиалгии

Депрессия как синдром включает ряд кардинальных симптомов, которые могут варьироваться в зависимости от наличия и интенсивности, в зависимости от пациента. Основные симптомы депрессивного синдрома, следующие:

А) Аффективные симптомы: основным симптомом является патологическая грусть или депрессивное настроение. Для него характерно негативное, неприятное, неудовлетворённое чувство, которое иногда трудно выразить и даже воспринять. Иногда эта печаль может маскироваться оставшимися симптомами, как это может быть в случае пациентов, страдающих фибромиалгией. Среди других аффективных симптомов, которые могут возникнуть, обнаруживаем: дисфория (депрессивное настроение с чувством общего дискомфорта, раздражение, злость и пессимизм), ангедония (снижение или неспособность получить удовольствие), беспокойство и боль, раздражительность, апатия.

Б) Когнитивные симптомы: может произойти замедление мышления (замедленная умственная деятельность). Содержание мыслей характеризуется как негативное, пессимистическое, с чрезмерными заботами, негативными и непрятными размышлениями. Могут появиться чувства безнадёжности, бесполезности, низкой самооценки, разорения, ипохондрии, идеи о смерти и самоубийстве. Это могут быть переоцененные идеи или действительно бредовыми.

В) Соматические симптомы: у пациентов с медицинскими заболеваниями они обычно являются симптомами, которые появляются чаще всего. Среди которых различают:

- Вегетативные расстройства: выделяются посещаемость и усталость, которая вызывает глобальное отсутствие жизненных сил, особенно в ранние часы дня. Атипичные цефалгии, различные аллергии, расстройства пищеварения (потеря аппетита или булимия, сухость во рту, диспепсия, нарушения ритма кишечника), потеря либидо (потеря сексуального интереса, импотенция из-за отсутствия эрекции или фригидности) и расстройства баланса (как головокружение).
- Нарушения жизненного ритма: изменения в частоте сердечных сокращений «активность-отдых» (могут возникнуть два паттерна: один когда пациент чувствует себя плохо с утра, а вечером наступает улучшение или наоборот), ритм сна (обычно появляется продолжительная бессонница, при которой пациент испытывает

дневную сонливость и не восстанавливающий сон), сезонный ритм (наиболее частая закономерность – ухудшение или рецидив весной и осенью, особенно при смене сезона).

В пределах этих симптомов было бы трудно различить, являются ли они действительно соматическими симптомами из-за нарушения настроения или фибромиалгии, поскольку у этих пациентов эти изменения могут появляться без существования депрессии. Для этого необходимо вести тщательный психиатрический анамнез и историю болезни, уделяя достаточно внимания предыдущему психиатрическому анамнезу и развитию заболевания. В этих случаях информация, предоставленная членами семьи, была бы очень полезной.

Г) Поведенческие симптомы: частый и немотивированный плач, изменения в психомоторной деятельности, снижение работоспособности в различных аспектах жизни и склонность к изоляции. Наиболее серьёзными изменениями являются попытка самоубийства и непревзойдённое самоубийство (редко при фибромиалгии).

При фибромиалгии депрессивная клиника обычно возникает по разным причинам, поскольку пациенты проходят промежуток времени между появлением симптомов и постановлением диагноза, поэтому они проходят через фазу непонимания, пустоту, в которой ни специалисты, ни родственники не понимают, что с ними происходит.

В случае фибромиалгии наиболее частые случаи, которые мы можем наблюдать, следующие:

- Адаптивные расстройства с депрессивным или тревожно-депрессивным настроением: они являются реактивными картинами самого заболевания, они не соответствуют диагностическим критериям основного депрессивного расстройства или дистимии из-за интенсивности или продолжительности симптоматики.

- Дистимия: это термин, используемый для хронической депрессии, как в DSM-IV, так и в МКБ-10. Это было бы депрессивное состояние, которое длится более двух лет и не является продолжением депрессивного расстройства, с коварным началом и реагированием на различные ситуации, постоянным хроническим курсом или колебаниями. Это позволяет субъекту функционировать должным образом, что не исключает необходимости лечения.

- Депрессивное расстройство: в этом случае должны соблюдаться диагностические критерии DSM-IV (таблица 1)

Таблица 1 Критерии для депрессивного эпизода

А. Наличие пяти (или более) следующих симптомов в течение 2 недель, которые представляют собой изменение по сравнению с предыдущей активностью; одним из симптомов должно быть депрессивное настроение или потеря интереса, или способности к удовольствию.

Примечание: не включая симптомы, которые явно связаны с медицинским заболеванием или бредовыми, или умопомрачительными идеями, не имеющих отношения к настроению.

-депрессивное настроение большую часть дня, почти каждый день, на что указывает сам субъект (например, он чувствует себя грустным или чувствует пустоту) или наблюдение, сделанное другими (например, плач). Примечание: у детей и подростков настроение может быть раздражительным.

-заметное снижение интереса или способности к удовольствию во всех или почти всех видах деятельности, большую часть дня, почти каждый день (по данным самого субъекта или других наблюдателей).

-значительная потеря веса без режима или прибавка в весе (например, изменение более чем 5% массы тела за 1 месяц) или потеря или повышение аппетита почти каждый день. Примечание: у детей оценивается неспособность достичь ожидаемого увеличения веса.

-бессонница или чрезмерная сонливость почти каждый день.

-возбуждение или замедление психомоторного движения почти каждый день (наблюдаемые другими, не просто чувство беспокойства или замедления).

-усталость или потеря энергии почти каждый день.

-чрезмерное или неуместное чувство бесполезности или вины (которое может быть бредовым) почти каждый день (не просто самобичевание или чувство вины за то, что болен).

-снижение способности думать или концентрироваться, или нерешительность почти каждый день (либо субъективная атрибуция, либо внешнее наблюдение).

-повторяющиеся мысли о смерти (не только страх смерти), периодические мысли о самоубийстве без определённого плана или попытки самоубийства, или конкретного плана покончить жизнь самоубийством.

Б. Симптомы не соответствуют критериям для смешанного эпизода.

В. Симптомы вызывают клинически значимый дискомфорт или социальные, профессиональные или другие важные области деятельности человека.

Г. Симптомы не связаны с прямым физиологическим воздействием вещества (например, наркотика, лекарства) или медицинским заболеванием (например, гипотиреозом).

Д. Симптомы лучше не объясняются наличием скорби (например, после потери близкого человека), симптомы сохраняются на протяжении 2 месяцев или характеризуются выраженной функциональной инвалидностью, болезненными проблемами бесполезности, суицидальными идеями, психотические симптомы или психомоторное замедление.

Существуют и другие типы депрессивных расстройств, такие как психотическая депрессия, которые появляются с той же частотой, что и в общей популяции, и не зависят от фибромиалгии.

1.5. Влияние фибромиалгии на разные сферы жизни

Влияние этой болезни на повседневную жизнь пациента очень заметное. Кроме того, это мешает человеку вести нормальную жизнь в физическом плане, так как во многих случаях он просто не имеет сил выполнять повседневные дела, она также влияет на настроение пациента и, следовательно, на отношения с семьёй, коллегами и друзьями. Хотя многие считают, что образ жизни и здоровье – это синонимы, это не так. Люди с фибромиалгией знаю различие, между этими словами, лучше, сем здоровые люди, поскольку они могут вести здоровый образ жизни, однако у них нет здоровья, чтобы наслаждаться жизнью в полной мере.

Рассмотрим эти сферы жизни немного подробнее:

-**Социально-семейная сфера**: главная проблема людей, страдающих фибромиалгией, заключается в том, что симптомы не являются «видимыми» и часто оказываются неправильно понятыми семьёй, партнёрами или друзьями. Человек, который кажется здоровым, но плохо себя чувствует, трудно воспринимается. Мы привыкли к тому, что, если кто-то болен – это заметно, если у кого-то грипп, у него есть кашель, лихорадка, слабость и инфицированный нос, если у него какое-либо другое заболевание, у него наблюдаются некоторые физические симптомы или поведение, но в случае фибромиалгии нет никаких «видимых» симптомов. Что вызывает неуверенность окружающих пациента людей: «Действительно ли ему плохо, или он просто ищет оправдания, чтобы не делать что-то?».

В этой сфере также выделяется то, как пациент воспринимает данную болезнь, её симптомы и реакцию окружающих, поскольку возможно, что, не имея социального признания своего состояния, его настроение может меняться. В связи с этим многие из специалистов рекомендуют предоставлять информацию и образование не только специалистам и пациентам, но и семьям и окружению пациента, поскольку им также необходимо каким-то образом научиться обращаться со своими близкими.

Другая причина, по которой выделается эта сфера, заключается в том, что если окружающая среда не замечает большой разницы между человеком, страдающим фибромиалгией, и здоровым человеком, они могут подумать, что их «странное» поведение – это просто их образ жизни. Речь идёт об отношениях на личном, эмоциональном и даже экономическом уровне.

-**Профессиональная сфера**: как и в социально-семейной сфере, болезнь также влияет на коллег и эффективность в качестве работника людей, страдающих фибромиалгией.

Хотя исследований о влиянии фибромиалгии на рабочее месте мало, после обследований пациентов можно с уверенностью подтвердить, что фибромиалгия влияет на их профессиональную жизнь. Существуют определённые исследование, которые показывают, что люди, которые страдают фибромиалгией, отсутствуют в среднем на 21 рабочий день больше из-за болезни, не считая соответствующих им дней отпуска. То есть, в зависимости от степени развития заболевания, которое имеет пациент, могут быть дни, когда он не сможет встать с кровати и пойти на

работу. Конечно, это влияет на работу в целом и в некоторых случаях наносит вред компании, в которой этот человек работает.

Исследования, проведённые в Испании на эту тему, показывают, что работники, страдающие фибромиалгией, чаще увольняются из-за временной нетрудоспособности, а количество дней отпуска по болезни до 3-4 раз выше, чем у других работников.

2. Методология

После введения, которое включает в себя краткое описание заболевания и исторические данные о нём для этой работы, началось углублённое исследование и сбор информации о диагностике и лечении заболевания в Испании и России.

После того как мы собрали всю необходимую информацию, чтобы узнать, что такое фибромиалгия и какие виды лечения применяются в Испании и России, мы поговорим о методологии, которая применяется в этом качественно-количественном исследовании. В этой главе мы остановимся, чтобы объяснить шаги, которые уже были предприняты, и те, которые будут предприняты с этого момента.

Нужно отметить, что это эмпирическое исследование основано на качественно-количественных опросах, проведённых на русско- и испаноговорящих пациентах. Учитывая, тот факт, что не так просто найти пациентов с фибромиалгие, было решено обратиться в одну из ассоциаций фибромиалгии. Из-за невозможности работать с Мадридской ассоциацией (AFIBROM) мы связались с ассоциацией FIBROREAL и посетили Сьюдад-Реаль. Поэтому, с этого момента, мы будем говорить о проведённых опросах, месте и структуре, в которой они проводились, трудностях, с которыми мы столкнулись при развитии нашей эмпирической работы, а также об ассоциации. Кроме того, мы поговорим о терминологической этимологии в этой области русских и испанских терминов, сравним и прокомментируем их. Аналогичным образом, помимо предоставления исследовательских материалов, мы постараемся предоставить больше информации о болезни и сделать её более заметной. В конце этого исследования мы сделаем некоторые выводы после углубленного анализа этой темы.

Первым шагом, после утверждения выбранной темы, стал поиск всей возможной информации об этом. Чтобы собрать так много информации о фибромиалгии, был выполнен всесторонний и подробный поиск. Многие источники информации и несколько книг были найдены, как в веб-источниках, так и в библиотеке. Вся найденная информация была проанализирована, дополнена и упорядочена так, чтобы было легче найти интересующий вас раздел. Трудность на этом этапе работы заключалась в организации значительного объёма информации и переводе некоторых статей для дополнения информации, уже имеющейся на испанском языке. Чтобы убедиться, что информация соответствует действительности, медбрату, специализирующемся на сестринском уходе в семье и общине, с опытом работы с ассоциациями фибромиалгии, было предложено проверить достоверность информации.

После выполнения, завершения и анализа теоретической основы этой работы, было решено основать это сравнительное исследование на опросе. На этот опрос отвечали русско- и испаноговорящие пациенты, чтобы можно было проанализировать текущую ситуацию этого заболевания в России и Испании. Второй шаг состоял в разработке вопросов на основе уже имеющейся информации и информации, которую желательно было получить по окончанию этого исследования. Стоит отметить, что, хотя это исследование было проведено на основе опроса, некоторые их вопросов отражали собственное мнение и рекомендации, что объясняет качественную часть этой работы.

Таким образом, после подготовки опроса вопросы анализируются и делятся на три части, смешанные между собой. Первая часть – это вопросы, которые получают информацию об имеющейся у пациентов информации о заболевании, и на основе теоретической базы анализируется и сравнивается информация, доступная специалистам в России и Испании. Вторая часть, это вопросы, связанные с диагностикой заболевания. Как долго пациенты уже чувствуют симптомы и как много времени занял процесс постановления диагноза фибромиалгии. Наконец, третья часть, но не менее важная, вопросы о лечении пациентов или других видах альтернативного лечения, в соответствии с их собственным опытом, могут быть эффективными.

При поиске возможных опрашиваемых пациентов выясняется, что, в отличии от Испании, в России не существуют ассоциации. Что и впредь учитывается после перевода опроса на русский язык. Таким образом, в русской версии вопрос №9, касающийся ассоциации, чтобы получить информацию, помогает ли она больным или нет, исчезает.

Первым шагом для получения результатов опроса было установление контакта с различными ассоциациями фибромиалгии на географически, близком расстоянии. После оценки различных вариантов, наконец, было решено работать с ассоциацией пациентов с фибромиалгией и синдромом хронической усталости в Сьюдад-Реаль, FIBROREAL, из-за того, что этот вариант был более удобным и с лучшим расположением и принятия его участников к развитию этой работы, и с которой была установлена связь через промежуточные контакты с людьми, косвенно связанными с ассоциацией. Первым делом, состояло знакомство с президентом ассоциации, и после беседы, в ходе которой обе стороны были удовлетворены, был назначен день для встречи ассоциации и её партнёров.

18-го ноября 2019 года в 17:30 в ассоциации состоялось небольшое собрание. Конечной целью этой встречи была встреча с пациентами и будущих респондентов, узнать, как они работают и какую помощь они предлагают. После этого было решено провести опрос на следующем собрании и перевести информационные листовки на русский язык для ассоциации, в качестве благодарности за участие в исследовании и для будущих случаев возможного появления русскоговорящих пациентов, проживающих в Испании.

25-го ноября 2019 года в 17:30, состоялась очередная встреча с ассоциацией FIBROREAL, в ходе которой был проведён опрос. Перед началом этого опроса всем участникам было подробно объяснено, что это за работа, цели её реализации, какие цели преследуются и какие вопросы будут задаваться. Ещё одной очень важной информацией, о которой они были уведомлены заранее, является конфиденциальность опроса и то, что их имена, возраст или личные данные никогда не будут отражены в работе. Поскольку в этот день у них было запрограммировано какое-то мероприятие, и многие участники не могли прийти на это собрание, было решено облегчить процесс опроса, и отправить его по электронной почте вице-президенту ассоциации, чтобы больше пациентов, кроме тех, что уже ответили, могли добровольно ответить и отправить автору работы ответы. Также во время этой встречи присутствовал родственник одного пациента, вызвался принять участие в опросе, чьи ответы были добавлены в анализ работы. Принимая во внимание, что первоначально не планировалось проводить опрос с членами семьи, было решено, что он также имеет достаточный

вес в этом исследовании, и, хотя он не может ответить на все вопросы, его ответы были проанализированы отдельно в комментариях данного опроса и его сравнении.

К сожалению, только одному члену семьи был проведён опрос, поэтому невозможно сравнить его с другими ответами, но это добавило другую и интересную точку зрения. Таки образом, мы можем посмотреть на ситуацию заболевания с другой стороны, не с точки зрения пациента, а как человека, на которого заболевание оказывает косвенное влияние.

Когда у автора этого исследования уже есть все ответы на опрос, он начинает анализировать их и упорядочивать информацию.

Параллельно с подготовкой опроса на испанском языке он был переведён на русский язык и начался активный поиск потенциальных респондентов. Для проведения опроса русскоговорящих пациентов принимается решение о том, что их следует искать в социальных сетях, по причине невозможности совершить поездку в Россию, чтобы лично заняться их поиском. Первая попытка была через социальную четь *Facebook*, но поиски почти не дали никаких результатов. Учитывая популярность социальной сети *Instagram* в России, было решено попытать счастье через неё. Затем с помощью поиска (хэштега) #fibromialgy и тега #фибромиалгия были найдены первые респонденты. Но результаты поиска респондентов были очень незначительными, и именно тогда один из респондентов предложил добавить автора этой работы в онлайн час в *Instagram*, представиться там и предложить людям принять участие в опросе. Многие участники этого онлайн чата приняли участие в опросе, отправляя свои ответы по личным сообщениям.

Таким образом, было получено достаточное и необходимое количество для продолжения анализа и последующего сравнения полученной информации.

Надо отметить, что профиль респондентов в России и Испании несколько различался. В среднем по возрасту российские пациенты немного моложе испанских. В основном, разница в возрасте не так велика, и в этом исследовании не имеет значительного веса.

Когда все ответы респондентов, необходимые для проведения этого исследования, уже были получены по электронной почте, следующим шагом было проведение анализа ответов, их комментирование и прийти к каким-то выводам.

После этого были собраны все медицинские термины, которые употребляются в этой работе, и те, которые будут добавлены в приложение к глоссарию. Среди них случайным образом было отобрано около 40, которые в продолжении были исследованы. Был проведён поиск этимологии каждого из них и эквивалент на русском языке с его этимологией, и результаты были прокомментированы.

Относительно работы, проделанной для этого исследования, нужно упомянуть, что после тщательного и подробного изучения болезни информация, полученная в ходе работы, была использована автором для объяснения и прояснения некоторых аспектов для членов ассоциации. День, когда состоялась

вторая встреча, совпал с первым днем нового члена ассоциации. На большинство вопросов, поднятых на этой встрече, отвечали другие участники ассоциации, но некоторые были заданы автору, который пытался ответить на них как можно более понятно. Основной вопрос, который у них был, был связан с вопросом о влиянии фибромиалгии на повседневную жизнь и о том, как показать членам семьи и окружающим их людям, что симптомы не придуманы и они действительно чувствуют себя плохо. Рекомендация состояла в том, чтобы предоставить им интересующую информацию, которую можно найти в *Белой книге по фибромиалгии*.

И наконец, после всей проделанной работы, настоящее исследование формируется, готовится и разрабатываются приложения, библиография и обложка. В приложениях можно найти переводы информационных брошюр ассоциации и необходимые формы для заполнения для вступления в ассоциацию, глоссарий, составленный и подготовленный на протяжении всего исследования, а также перевод основных разделов этой работы.

В заключение, в этом разделе работы мы должны выделить некоторые фундаментальные элементы, которые сделали эту работу успешной с выбранной методологией. Руководство по целям и информация, необходимая для разработки вопросов опроса, были одним их основных элементов и имеют большое значение. Другим очень важным элементом была готовность пациентов к участию в исследовании, проводимом не студентом-медиком, а переводчиком. Последний, сделал так, что исследование могло быть сделано в тщательно продуманной и постепенной манере, и, самое главное, без слишком большого количества препятствий на пути. Таким образом, время, усилия и самоотдача каждого из респондентов привели к успешному развитию выбранной методологии.

8.1. Комментарий

Как мы видим, из терминов, которые были выбраны для этого раздела, все они принадлежат к одной и той же группе «болезней» или, скорее, первичных диагнозов, которые могут иметь пациенты. Хотя некоторые из них сами являются болезнями, другие также могут быть симптомами других заболеваний, но они также могут существовать в качестве первичных диагнозов.

Большинство из этих терминов происходят в обоих языках из одного и того же языка. То есть, если в испанском языке термин apnea, например, происходит от древнегреческого, то мы наблюдаем то же самое и в русском языке («апноэ», от древнегреческого). Но существуют также термины, которые звучат очень по-разному, и в обоих языках они происходят от разных языков. Например, insomnio по-русски это «бессонница». Большинство названий болезней, как и большинство терминов в медицине, происходят от латинского или древнегреческого языков, но в русском языке существуют случаи происхождения из старославянского или напрямую из индоевропейского.

Чтобы понять это явление, мы должны вернуться в историю эволюции русского языка и немного углубиться в его этимологию.

Русская медицинская терминология в целом делится на три группы: от индоевропейских и диалектов старославянского; с латыни и древнегреческого; и, наконец, неологизмы и заимствования иностранных языков.

Первая группа в своё время была самой большой. Но в течение последнего тысячелетия он терял свой объём и многие славянские термины, сегодня не могут понять даже сами врачи и, в лучшем случае, их могут понять только лингвисты.

Вторая группа, начала объединяться в начале 10-го века, когда Киевская Русь приближалась к Византии, и продолжалась в то время, когда анатомическае и хирургическая терминология преподавались на латыни. Это было время, когда владение латынью считалось элитным и мудрым, или, перефразируя, латынь была модной в то время и предлагала привилегии между определёнными кругами общества.

В конце 19-го века латынь уступила свою роль языка международного научного общения и книг национальным языкам. Таким образом, на русском языке сформировалась третья этимологическая группа, образованная неологизмами и заимствованиями иностранных языков. Эта группа содержит некоторые термины, плохо понимаемые населением, и некоторые, которые невозможно понять и не имеют прямого отношения к науке.

Если мы проанализируем медицинские термины в русском языке, мы поймём, что четыре из пяти слов происходят от латыни и древнегреческого языка. Но как насчёт другого меньшинства? Как упоминалось выше, это меньшинство происходит от индоевропейского и может быть объяснено, возвращаясь к прошлому. Термины, относящиеся к внутренним органам, имеют индоевропейское происхождение и были связаны с кулинарными терминами. Так, например, слово «кишечник» и «кишка» означало «колбаса», слово «печень» означало «печёнка», «жаркое» (запечённое, тушеное).

Другие типы терминов имеют одинаковое значение, но происходят с разных языков на испанском и русском. Например, болезнь «lupus eritematoso», которая на русском языке будет «красной волчанкой», на обоих языках происходит от слова волк, но они не являются одного происхождения. Такого же типы будет термин «coxis», по-русски «копчик». В испанском языке это слово происходит от латинского определения некоторых видов кукушки, а в русском – от слова «кобчик», это маленькая хищная птица из семейства ястребов. В обоих случаях, как и в другом случае, птичий клюв имеет форму острого крючка. Визуальная аналогия с копчиком очевидна.

Использование сравнительных определений зоологического происхождения, как отражения страдания в образе целостного мира, было очень характерным. Некоторые из этих определений всё ещё используются в русском языке, например: «стенокардия» - «грудная жаба», «абдоминальная ишемическая болезнь сердца» - «брюшная жаба», «синдром раздражённого кишечника» - «медвежья болезнь», «эпидемический паротит» - «свинка», «туберкулёз» - «собачья старость» и другие. В этих названиях можно увидеть отражение заболевания, визуализированных уникальным способом, или проявление сильных болевых синдромов.

Точно так же «воображение» людей отражается в русских медицинских терминах, связанных с психиатрией. Так, например, «юродивый», который применялся к сумасшедшим, называли в деревне «Божьей», но использовали только для обозначения людей, которые родились с этой патологией и не сошли с ума со временем.

В заключение, русские и испанские медицинские термины имеют много общих лексиконов из-за происхождения от одного и того де языка (латинский и древнегреческий), но термины, которые не одинаковы или похожи, в русском языке происходят от старославянского, индоевропейского или другого иностранного языка. Последние составляют меньшинство из-за истории развития и использования языка. Также ы разговорной речи и происходящих от старославянского языка, можно наблюдать отражение воображения славянских людей, как они сравнивали болезни с зоологическим миром, как внутренние органы называли кулинарными терминами или как они связывали некоторую психологическую патологию с божественным знаком.

9. Выводы

Основная цель этой работы состоит в том, чтобы дать больше информации о фибромиалгии, более детально и глубоко изучить тему в области медицины, а также сравнить ситуацию с этим заболеванием в русско- и испаноговорящих странах. Было посвящено достаточно времени и пространства, чтобы разъяснить, что такое фибромиалгия, как она диагностируется и какие виды лечения применяются в России и Испании в качестве контрольных стран. Качественно-количественный опрос был проведён среди пациентов из обеих стран, чтобы добиться более точного сравнения с реальностью. Также, с другой стороны, было проведено терминологическое изучение предмета. Терминология была изучена, проанализирована и прокомментирована.

Прежде всего, стоит упомянуть, что, несмотря на определённые очевидные трудности (тот факт, что у нас не было доступа на прямую к русским источникам, и нам пришлось смириться с интернет-источниками и почти невозможность лично связаться или встретиться с русскими пациентами), эта работа была разработана в течение длительного времени. Источники были выбраны по высоким критериям, и вся информация была подтверждена медицинским работником.

На основании анализа литературы, изученной для настоящей работы, мы можем сделать вывод, что тип информации, которую профессионалы имеют в своих руках в России, соответствует информации в Испании. Шаги, предпринятые для диагностики фибромиалгии в обеих странах, довольно схожи. Профессионалы, в первую очередь, выполняют некоторые тесты, и когда они уверены, что это не другое заболевание, одни диагностируют фибромиалгию. Некоторые их них для ускорения процесса используют опросы, которые облегчают диагностический механизм, и список тестов для исключения других заболеваний. Независимо от того, откуда родом профессионал, бывают случаи непризнания фибромиалгии как реальной болезни. Тем не менее, это не то, что зависит от пациентов и не является чем-то характерным только для России или Испании, как подчеркивается в библиографии.

Когда профессионал диагностировал фибромиалгию, он переходит к следующему этапу: лечение. Материал, предоставленный в этой работе, позволяет сделать вывод, что в обеих странах методы лечения одинаковы. То есть в обеих странах в качестве первого варианта пациентам приписываются антидепрессанты, анальгетики и транквилизаторы, и, если они не оказывают необходимого эффекта, используются сильные или наиболее персонализированные лекарства для пациента. В обеих странах рекомендуется мультидисциплинарное или смешанное лечение, то есть комбинирование фармакологического лечения с лечением, основанным на физических упражнениях, а в некоторых случаях добавление лечения, основанного на психотерапии. Таким образом, исходя из теоретической основы, можно сказать, что ситуация с фибромиалгией в России и Испании практически одинакова.

Говоря об опросе, мы можем сказать, что он только подтверждает выводи, основанные на теоретической базе этой работы. Таким образом, результаты отражают то, как мало известно о фибромиалгии, времени, которое требуется для

её диагностики, а также о проблемах и влиянии, которое она оказывает на повседневную жизнь. Поэтому следует также отметить важность ассоциаций в Испании. Это место, где вы сможете получить информацию, заниматься разными видами деятельности и встречаться с людьми, которые уже имеют опыт работы с заболеванием и его лечением, и могут помочь вам преодолеть определённые трудности.

В России, однако, таких ассоциаций не существует. Вместо этого, пациенты создают онлайн чаты в социальных сетях, и через них они делятся своим опытом, советами и информацией. Но, как мы уже видели, в ходе этого исследования человеческий контакт, разговоры и разные совместные действия помогают преодолеть некоторые клинические проявления фибромиалгии.

Что касается терминологического изучения, мы искали этимологию некоторых терминов на обоих языках и обнаружили, что в случае русских терминов четыре из пяти терминов происходят от латинского и древнегреческого языков, как и в испанском языке. Однако есть и разговорные формы некоторых заболеваний, связанных со старославянским, индоевропейским или просто культурой и менталитетом предков. В этом случае эти термины имеют названия в соответствии с влиянием заболевания или физических симптомов, которые присутствуют и ассоциируются с животными или событиями с похожим эффектом. Такие термины, во время перевода, могут создавать некоторые трудности, поскольку, если переводчик испаноговорящий, он может не понять названия болезней или симптомов, а если переводчик русскоговорящий, он может ошибиться и перевести их буквально.

Комментируя перевод, сделанный для этой работы, мы видим, что медицинские термины, например, не похожи на юридические. В правовом поле очень сложно делать переводы, поскольку формат, используемый на испанском языке, древнее, чем юридический русский язык.

В области медицины не существует так много различий между языками, используемых в обеих случаях, что может облегчить сам процесс перевода текстов и документов этого типа. В большинстве случаев легче переводить фразы, с похожей структурой, чем когда они совершенно разные. Медицинский язык характеризуется своей точностью, эмоциональной нейтральностью и стабильностью.

Материалы и источники, использованные в этой работе, точно соответствуют правилам стиля и письменности в соответствии с научными документами, в данном случае, в частности, медицинскими документами. Из-за средней терминологической плотности в этой работе, а также культурной маркировки среднего уровня, представленные термины могут быт понятны большинству населения. Наиболее распространённая трудность при переводе с испанского на русский или наоборот – это длина предложений и положение некоторых синтаксических членов в предложении. Другими словами, фразы по-разному формируются на испанском и русском языках.

Очень важно отметить, что метод, выбранный для реализации этой работы, сделал её успешно завершённой. Нам удалось посмотреть на болезнь фибромиалгии с нескольких точек зрения. С научной и лингвистической точки зрения, с точки зрения больных, специалистов и членов семьи (хотя последний и

был только один). Таким образом, мы создаём документ, который содержит информацию, представляющую интерес не только для профессионалов, но и для лингвистов и больных или людей, интересующихся этой темой.

В заключение, специалисты и исследователи в этой области должны обеспечить перевод большего количества текстов по болезням и научных статей в целом, поскольку в ходе этого исследования было обнаружено много интересной информации, которую можно найти только на каком-то одном языке. Что, в некотором смысле, ограничивает профессионалов по всему миру.

Научными открытиями следует делиться со всем миром, чтобы некоторые могли дополнять другие, и когда в какой-то стране уже знают, как лечить заболевание, им следует использовать материалы, чтобы помогать бороться другим. Видимость редких заболеваний очень важна.

С точки зрения переводчика важно продолжать развиваться и получать новые знания в той области, в которой он специализируется.

ANEXO II

Glosario de términos médicos relacionados con el tema y mencionados en el trabajo:

ESPAÑOL	RUSO
Abstinencia alcohólica	Воздержание от алкоголя
Acupuntura	Иглоукалывание
Adicción	Зависимость
Adrenalina	Адреналин
Agente casual	Возбудитель
Agentes antiepilépticos	Противоэпилептические агенты
Agonista dopaminérgico	Агонист дофамина
Agonista opioide	Опиоидный агонист
Agotamiento	Истощение
Alcoholismo	Алкоголизм
Alexitimia	Алекситимия
Algias diversas	Разные виды боли
Alodinia	Аллодиния
Alteraciones metabólicas	Метаболические нарушения
Aminoácidos	Аминокислоты
Analgésico	Анальгетик
Anamnesis	Анамнез
Anhedonia	Ангедония
Anomalías biológicas	Биологические аномалии
Anomalías neuroquímicas	Нейрохимические аномалии
Anormalidad genética común	Общая генетическая аномалия
Ansiedad	Тревога
Anticoagulantes	Антикоагулянты
Anticuerpos antinucleares	Антиядерные антитела

Antidepresivos	Антидепрессанты
Antiinflamatorios no esteroides	Нестероидные противовоспалительные препараты
Aparato genitourinario	Мочеполовой аппарат
Apatía	Апатия
Apnea del sueño	Апноэ во сне
Área ínsula	Область островка
Área prefrontal	Префронтальная область
Artritis psoriásica	Псориазный артрит
Artritis reumatoide	Ревматоидный артрит
Artrosis	Артроз
Asta posterior	Задний столб
Atrofía anormal	Анормальная атрофия
Automedicación	Самолечение
Bacterianas	Бактериальный
Benzodiacepinas	Бензодиазепины
Biopsia cutánea	Биопсия кожи
Bioquímica sanguínea	Биохимия крови
Bradipsiquia	Замедленная умственная деятельность
Bulimia	Булимия
Bursitis	Бурсит
Calcio	Кальций
Cansancio	Усталость
Cáscara estriado ventral	Вентральная полосатая оболочка
Cefaleas atípicas	Атипичная цефалгия
Células	Клетки
Cerebro	Мозг

Cervical	Шейная зона
Cistitis intersticial	Интерстициальный цистит
Citoquina	Цитокин
Colon irritable	Раздражённый кишечник
Columna vertebral	Позвоночник
Componente hipomaniaco	Гипоманиакальный компонент
Componente motivacional-afectivo	Мотивационно-эмоциональный компонент
Componente sensorial	Сенсорный компонент
Concentración	Концентрация
Conectivopatías	Соединительные заболевания
Contracciones mioclónicas	Миоклонические сокращения
Corteza cingular anterior	Передняя поясная кора
Corteza de la ínsula	Кора инсула
Corteza de los islotes	Кора островков
Corteza límbica	Лимбическая кора
Corteza somatosensorial primaria y secundaria	Первичная и вторичная соматосенсорная кора
Corticotropina	Кортикотропин
Cortisol	Кортизол
Crisis convulsiva	Судорожный припадок
Crisis de pánico	Кризис паники
Déficit de atención	Дефицит внимания
Depresión	Депрессия
Depresión psicótica	Психотическая депрессия
Dermatomiositis	Дерматомиозит
Desequilibrio simpático-parasimpático	Симпатически-парадипатический дисбаланс

Deterioro cognitivo leve	Умеренное когнитивное нарушение
Disestesia	Дизестезия
Disfagia	Дисфагия
Disforia	Дисфория
Disfunción cognitiva	Когнитивная дисфункция
Dismenorrea primaria	Первичная дисменорея
Disnea	Одышка
Dispepsia	Диспепсия
Disuria	Расстройство мочеиспускания
Dolor crónico	Хроническая боль
Dolor musculoesquelético neurasténico	Неврастеническая скелетно-мышечная боль
Dolor neuropático	Невропатическая боль
Dolor torácico	Боль в груди
Dopamina	Допамин
Dorsal	Спинная зона
Efectos amnésicos	Амнезийные эффекты
Efectos anticonvulsivos	Противосудорожные эффекты
Efectos hipnóticos	Гипнотические эффекты
Efectos miorrelajantes	Миорелаксантные эффекты
Efectos secundarios	Вторичные эффекты
Eje hipocampo-hipófisis-suprarrenal	Гиппокампально-гипофизарно-надпочечниковая ось
Eje hipofisario-suprarrenal	Гипофизарно-надпочечниковая ось
Elementos fóbicos	Фобические элементы
Encefalina	Энкефалин
Endorfina	Эндорфин

Enfermedad	Болезнь
Enfermedad de Lyme	Болезнь Лайма
Enfermedad de Parkinson	Болезнь Паркинсона
Enfermedad paraneoplásica	Паранеоплазия
Enfermedades difusas del tejido conjuntivo	Диффузные заболевания соединительной ткани
Entumecimiento	Онемение
Enzimas musculares	Мышечные ферменты
Epilepsia	Эпилепсия
Esclerodermia	Склеродермия
Espectroscopia de resonancia magnética	Магнитно-резонансная спектроскопия
Espondilitis anquilosante	Анкилозирующий спондилит
Espondiloatropatía seronegativa	Серонегативная спондилоатропатия
Estado de ánimo	Настроение
Estilo perjudicial de vida	Вредный образ жизни
Estreñimiento	Запор
Etiopatogenia	Этиология
Excreción	Экскреция
Factor de crecimiento nervioso (NGF)	Фактор роста нервов
Factor reumatoide	Ревматоидный фактор
Factores genéticos	Генетические факторы
Factores neurobiológicos	Нейробиологические факторы
Factores psicológicos	Психологические факторы
Fármacos	Лекарства / препараты
Fatiga	Слабость
Fenómeno de Raynaud	Феномен Рейно

Fibromialgia	Фибромиалгия
Fiebre reumática	Острая ревматическая лихорадка
Fisiopatología	Патофизиология
Flujo sanguíneo	Кровяная циркуляция / кровоток
Frecuencia cardiaca	Пульс / частота сердечных сокращений
GABA (ácido *y*-aminobutírico)	Гамма-аминомасляная кислота
Gammagrafía osteoarticular	Костно-суставное сканирование
Ganglios	Лимфы
Ganglios basales	Базальные ганглии
Gemelos dicigóticos	Дизиготные близнецы
Gemelos monocigóticos	Монозиготные близнецы
Genes	Гены
Genética	Генетика
Giro cingulado	Поясная извилина
Giro parahipocampal	Гиппокампальная извилина
Glándulas suprarrenales	Надпочечники
Glóbulos rojos	Эритроциты / красные кровяные тельца
Glutamato	Глутамат
Hemoglobina	Гемоглобин
Hemograma completo	Полный анализ крови
Herencia	Наследственность
Hígado	Печень
Hiperactividad simpática	Симпатическая гиперактивность
Hiperalgesia	Гипералгезия
Hipercortisolismo moderado	Умеренный гиперкортицизм
Hiperlaxitud articular	Гипермобильность суставов
Hiperparatiroidismo	Гиперпаратиреоз

Hiperprolactinemia	Гиперпролактинемия
Hiperreactividad hipofisaria	Гиперактивность гипофиза
Hipersensibilidad	Гиперчувствительность
Hipertiroidismo	Гипертиреоз
Hipocampo	Гиппокамп
Hipocondría	Ипохондрия
Hipoglucemia sintomática	Симптоматическая гипогликемия
Hiposecreción de andrógenos	Андрогенная гипосекреция
Hipotiroidismo	Гипотиреоз
Histamina	Гистамин
Historia clínica	История болезни
Homeopatía	Гомеопатия
Homeostasis en los músculos	Гомеостаз в мышцах
Hormigueo	Покалывание
Hormona adrenocorticotropa	Адренокортикотропный гормон
Hormona corticotropa	Кортикотропный гормон
Hormona somatotropina	Гормон соматотропина
Iatrogenia [eficacia]	Ятрогения [эффективность]
Infecciones	Инфекции
Infecciones entéricas	Кишечные инфекции
Inflamación	Воспаление
Inflamación en el cerebro	Воспаление головного мозга
Inhibidores	Ингибиторы
Inmunograma	Иммунограмма
Insomnio	Бессонница
Insulina	Инсулин
Interleucina-6 (IL-6)	Интерлейкин-6

Intervención cognitivo-conductual	Когнитивно-поведенческое вмешательство
Lecho ungueal	Основание ногтя
Leptina	Лептин
Letargo	Летаргия / вялость
Leucocitos	Лейкоциты
Líquido cefalorraquídeo	Спинномозговая жидкость
Livedo reticularis	Ретикулярная асфиксия
Lumbar	Поясничная зона
Lupus eritematoso sistémico	Системная красная волчанка
Mareos	Головокружение
Masaje	Массаж
Mastocitos	Тучные клетки / лаброциты
Materia gris	Серое вещество
Mecanismo etiopatogénico	Этиопатогенный механизм
Medicamentos	Отпускаемые по рецепту лекарства
Médula espinal	Костный мозг
Memoria prolongada	Длительная память
Memoria temporal	Временная память
Metabolismo	Метаболизм
Miastenia gravis	Миастения
Microbiología	Микробиология
Microfracturas	Микротрещины
Microtraumatismo	Микротравмы
Mieloma múltiple	Множественная миелома
Migraña	Мигрень
Miopatías de causa metabólica	Миопатии метаболической причины

Miopatías inflamatorias	Воспалительные миопатии
Monoaminas	Моноамины
Morbilidad	Заболеваемость
Movilidad articular	Подвижность суставов
Músculo	Мышца
Naturaleza poligénica	Полигенная природа
Náuseas	Тошнота
Neoplásico	Опухолевый
Neurofisiología	Нейрофизиология
Neuronas	Нейроны
Neuronas hipotalámicas	Гипоталамические нейроны
Neuropeptido Y	Нейропептид Y
Neuroquímico	Нейрохимический
Neurotransmisor	Нейромедиатор
Neurotransmisores excitadores	Возбуждающие нейромедиаторы
Nódulos (abultamientos)	Узлы (выпуклость)
Noradrenalina	Норадреналин
Norepinefrina	Норапинефрин
Núcleo adyacente	Смежное ядро
Obesidad	Ожирение
Opiáceos	Опиаты
Opioides	Опиоиды
Opioides endógenos	Эндогенные опиоиды
Óseas	Кость
Osteomalacia	Остеомаляция
Osteopatía metabólica	Метаболическая миопатия
Ozonoterapia	Озонотерапия

Palpar	Пальпировать / нащупать
Parestesia difusa no dermatológica	Не дерматологическая диффузная парестезия
Péptido de calcitocina	Пептид кальцитонина
Placebo	Плацебо
Plaquetas	Тромбоциты
Plasma	Плазма
Poliartritis	Полиартрит
Polimialgia reumática (PMR)	Ревматическая полимиалгия
Polimiositis	Полимиозит
Polimorfismos	Полиморфизмы
Postinfecciosas	Постинфекционный
Productividad	Продуктивность
Prolactina	Пролактин
Prolapso de válvula mitral	Пролапс митрального клапана
Prolapsos mitrales	Пролапс митрального клапана
Psicoterapia	Психотерапия
Quercetina	Кверцетин
Quiropraxia	Хиропрактика
Reflejos osteotendinosos	Остеотендиновые рефлексы
Reposo	Отдых
Retroalimentación	Обратная связь
Reumatismo psicógeno	Психогенный ревматизм
Reumatólogo	Ревматолог
Revisión sistemática	Систематический обзор
Rigidez matutina	Утренняя скованность
Rinitis crónica	Хронический ринит

Ritmo estacional	Сезонный ритм
Sangre	Кровь
Secreción	Секреция
Sedante	Успокоительное
Sensibilidad cutánea aumentada	Повышенная чувствительность кожи
Sensibilidad dolorosa	Болевая чувствительность
Sensibilidad polimodal	Полимодальная чувствительность
Serotonina	Серотонин
Simpatoadrenal	Симпатоадреналовый
Síndrome de abstinencia	Абстинентный синдром
Síndrome de fatiga crónica	Синдром хронической усталости
Síndrome de piernas inquietas	Синдром беспокойных ног
Síndrome de Reiter	Синдром Рейтера
Síndrome de sensibilización central	Синдром центральной сенсибилизации
Síndrome de Sjögren	Синдром Шегрена
Síndrome del túnel carpiano	Синдром запястного канала
Síndrome miasteniformes	Мистиформный синдром
Síndrome miccional	Синдром мочеиспускания
Síndrome miofascial	Миофасциальный синдром
Síndrome postviral (Epstein-Barr; VIH)	Поствирусный синдром (Эпштейн-Барр; ВИЧ)
Síndromes de dolor muculoesquelético reforzado	Усиленные мышечно-скелетные болевые синдромы
Síndromes somáticos funcionales	Соматические функциональные синдромы
Síntomas	Симптомы
Síntomas somáticos	Соматические симптомы
Sistema cardiorrespiratorio	Кардиореспираторная система

Sistema catecolaminérgico	Катехолминергическая система
Sistema dopaminérgico	Дофаминергическая система
Sistema genitourinario	Мочеполовая система
Sistema nervioso	Нервная система
Sistema nervioso autónomo	Вегетативная нервная система
Sistema nervioso periférico	Периферическая нервная система
Sistema nervioso simpático	Соматическая нервная система
Sistema neurológico	Неврологическая система
Sistema nociceptivo [que percibe dolor]	Ноцицепция / ноцицерцепция
Sistema serotoninérgico	Серотонергическая система
Sistemas de señalización glutaminérgicos	Глутаминергические сигнальные системы
Sistemas de señalización monoaminérgicos	Моноаминергические сигнальные системы
Sistemas de señalización neurotróficos	Нейротрофические сигнальные системы
Sistemas de señalización opioide	Опиоидные сигнальные системы
Sistemas de transmisiones con citoquinas proinflamatorias	Системы передачи с провоспалительными цитокинами
Sobrecarga cognitiva	Когнитивная перегрузка
Sobremedicación	Медикаментозная передозировка
Somatostatina	Соматостатин
Somnolencia	Сонливость
Sumación temporal [wind-up]	Временная продолжительность
Suplementos dietéticos	Биологические активные добавки
Sustancia P	Вещество Р / болевая субстанция Р
Tálamo	Таламус / зрительный бугор
Tejido fibroso	Волокнистая ткань
Tejido muscular	Мышечная ткань

TEPT (trastorno por estrés postraumático)	ПТСР (посттравматическое расстройство)
Terapia	Терапия
Tiroides/ hormona tiroidea	Гормон щитовидной железы
Tomografía	Томография
Transmisión neural	Нейронная передача
Trastorno afectivo bipolar	Биполярное аффективное расстройство
Trastorno de la vejiga	Расстройство мочевого пузыря
Trastorno de personalidad	Расстройство личности
Trastorno de somatización	Соматизированное расстройство
Trastorno del intestino	Расстройство кишечник
Trastorno depresivo mayor	Депрессивное расстройство
Trastorno neuroendocrino	Нейроэндокринное расстройство
Trastorno neuroinmunoendocrino	Нейроиммуноэндокринное расстройство
Trastornos digestivos	Расстройства пищеварения
Trastornos vegetativos	Вегетативные расстройства
Tratamiento	Лечение
Triptófano	Триптофан
Umbral de dolor	Болевой порог
Urgencia urinaria	Срочность мочеиспускания
Vasculitis	Васкулит
Velocidad de sedimentación globular	Скорость оседания эритроцитов
Violencia física	Физическое насилие
Violencia sexual	Сексуальное насилие
Vírico	Вирусный

ANEXO III

Traducción del folleto informativo y la documentación necesaria para hacerse socio de la asociación FIBROREAL:

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculo esquelético generalizado,con una exagerada hipersensibilidad en múltiples áreas corporales y puntos predefinidos. Se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que destacan la fatiga persistente y el sueño no reparador. Las investigaciones indican que su origen es neurológico, y que el dolor resultaría de desequilibrios neuroquímicos a nivel del sistema nervioso central.

¿QUÉ ES LA FATIGA CRÓNICA?

El síndrome de fatiga crónica es un trastorno que provoca fatiga extrema. Esta fatiga no es el tipo de cansancio que desaparece después del descanso. Por el contrario, persiste un largo tiempo y limita su capacidad para hacer las tareas cotidianas.

¿QUÉ ES FIBROREAL?

Asociación de Enfermos y Familiares de Enfermos de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Ciudad Real. FibroReal se crea en Septiembre de 2017 con los objetivos de dar visibilidad a la enfermedad, apoyarnos unos a otros, crear un espacio donde nos podamos sentir acompañados y poder llevar a cabo actividades que favorezcan el desarrollo diario de una vida más normalizada, así como colaborar en la investigación de la enfermedad ya sea mediante estudios o bien aportando financiación para el desarrollo de dicha investigación.

¿COMO PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS?

C/ Borja nº 3

Tfno: 645 022 444

www.fibroreal.com

fibroreal@gmail.com

https://www.facebook.com/groups/FibroReal/

Horario Sede: Lunes 17:30 a 19:30 h

Cuota Asociación: 25 € / anulaes

Cuenta Ingreso:
ES37 3081060104316480932 3
Caja Rural Castilla la Mancha
Avenida Rey Santo - Ciudad Real

ЧТО ТАКОЕ ФИБРОМИАЛГИЯ?

Фибромиалгия – это хроническое заболевание, характеризующееся широко распространёнными болями в скелетных мышцах, с повышенной гиперчувствительностью во многих областях тела и предопределёнными точками. Это связано с широким разнообразием симптомов, включая постоянную усталость и невосстанавливащий сон. Исследования показывают, что его происхождение является неврологическим и что боль возникает в результате нейрохимического дисбаланса на уровне центральной нервной системы.

ЧТО ТАКОЕ ХРОНИЧЕСКАЯ УСТАЛОСТЬ?

Синдром хронической усталости – это расстройство, вызывающее крайнюю усталость. Эта усталость не тот тип усталости, который исчезает после отдыха. Напротив, он сохраняется в течение длительного времени и ограничивает способность выполнять повседневные задачи.

ЧТО ТАКОЕ FIBROREAL?

Это ассоциация пациентов и родственников пациентов с фибромиалгией и хронической усталостью в Сьюдад-Реаль. FibroReal был создан в сентябре 2017 года с целью предоставления информации о болезни, создания поддержки друг друга, пространства, в котором мы можем чувствовать себя сопровождаемым и способным выполнять разные действия, которые способствуют ежедневному развитию более нормализованной жизни, также сотрудничать посредством исследований заболеваний, либо путём предоставления финансирования для развития этих исследований.

КАК С НАМИ СВЯЗАТЬСЯ?

Тел.: 645 022 444

www.fibroreal.com

fibroreal@gmail.com

https://www.facebook.com/groups/FibroReal/

Плата за вступление: 25 € в год

Счёт на денежную плату:

ES37 30810601043164809323

Caja Rural Castilla la Mancha

Avenida Rey Santo – Ciudad Real

[картинка 1]

БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ ПРИ ФИБРОМИАЛГИИ

Есть 18 мышечных точек, 11 из которых подтверждаются болью.
Это заболевание характеризуется широко распространёнными мышечными болями и хронической скованностью различной интенсивности в мышцах, сухожилиях и мягких тканях.
Его диагностика занимает в среднем от 1,9 до 2,7 лет.
Распространённость этого заболевания составляет 2% в нашей стране.
9 из 10 случаев зарегистрированы у женщин.
-**Нижний шейный отдел.** Передняя грань промежутков межпозвоночных вен C5-C7.
-**Второе ребро.** Вторые костохондральные суставы.
-**Боковой эпикондиль.** 2см дистальнее эпикондилей.
-**Колено.** На медиальной жировой подушке возле линии сустава.
-**Затылок.** Затылочная вставка субокципитальных мышц.
-**Трапеция.** Промежуточная точка верхнего края.

-**Супраспинатус (надостной)**. Над медиальной границей лопаточного отдела позвоночника.
-**Глютеус (ягодицы)**. Верхние наружные квадранты ягодиц.
-**Вертел майор**. После вертельной выпуклости.

[картинка 2]

СИМПТОМЫ ФИБРОМИАЛГИИ

Центральные:
-хронические головные боли
-нарушение сна
-головокружения
-нарушение когнитивных функций
-нарушение памяти
-тревога
Мышечные:
-миофасциальная боль
-усталость
-тик
Суставы:
-утренняя скованость
Мочевой:
-проблемы с мочеиспусканием
Глаза:
-проблемы со зрением
Сустав челюсти:
-дисфункция
Кожа:
-различные страдания
Область грудной клетки:
-боль
Живот:
-тошнота
Репродуктивная система:
-дисменорея
Системные:
-боль
-прибавка в весе
-симптомы простуды
-множественная химическая чувствительность

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА ПАРТНЁРА

ДАТА _____ **№ ПАРТНЁРА** _____

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

ИМЯ……..ФАМИЛИЯ……..

ИН……..ДАТА РОЖДЕНИЯ…….

ПРОФЕССИЯ……..

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

АДРЕС……..……..

ИНДЕКС……НАСЕЛЕНИЕ……..ПРОВИНЦИЯ……..

ТЕЛЕФОН……..E-MAIL……..

- □ Лицо с диагнозом фибромиалгия
- □ Лицо с диагнозом синдром хронической усталости
- □ Член семьи пострадавшего
- □ Лицо, желающее поддержать ассоциацию

Сьюдад-Реаль, ……..20…года

Подпись……..

Чтобы стать партнёром FibroReal, вы должны перевести денежную плату в Caja Rural на Avda. Del Rey Santo, на номер счёта **ES37 30810601043164809323**.

Плата составляет 25 евро/год, в заявке необходимо указать своё имя и фамилию.

Прикрепить к запросу партнёра:

- Ксерокопия медицинского заключения о диагнозе (для лиц, страдающих от заболеваний)
- Ксерокопия идентификационного документа
- Ксерокопия семейной книги (для членов семьи страдающих)
- Ксерокопия банковской квитанции платежа

Предоставление согласия на обработку персональных данных

Имя…….ИН……

Настоящим ваше согласие запрашивается таким образом, чтобы в соответствии с Регламентом (ЕС) 2016/679 Европейского парламента и Совета от 27 апреля 2016 года (ОРЗД), Органическим законом о защите данных (ЗоЗПД) и действующие нормативные акты, касающиеся защиты данных, АССОЦИАЦИИ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL, будучи ответственным за обработку, приступает к обработке ваших персональных данных.

Также, и в соответствии со своими обязательствами по информированию заинтересованной стороны, АССОЦИАЦИИ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL, предоставляет следующую информацию:

Контактные данные ответственного лица:

АССОЦИАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL.

УЛИЦА ЭСПЕРАНЗА 17 4Д СЬЮДАД-РЕАЛЬ

Цель

Цель и предполагаемое использование как самих данных, так и их обработки, состоит в том, чтобы запросить регистрацию в АССОЦИАЦИИ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL, и держать вас в курсе мероприятий, которые выполняются, а также мероприятий, выполняемых различными региональными или национальными ассоциациями одной и той же сферы.

Передача персональных данных:

Личные данные не будут переданы третьим лицам, за исключением юридических обязательств в этом отношении.

Критерии, используемые для сохранения персональных данных:

Данные будут удалены, если по какой-либо причине цель обработки больше не будет достигнута или больше не будет необходима для её выполнения.

Наконец, мы сообщаем вам, что вы можете отозвать свое согласие в любое время. Кроме того, вам полагаются права доступа, исправления или удаления ваших личных данных, а также ограничения или возражения против обработки, а также ваше право подать иск в орган контроля (Испанское Агентство по Защите Данных, c / Jorge Juan, № 6, 28001, Мадрид. www.agpd.es).

Я,……..с ИН……..

разрешаю обработку персональных данных, упомянутых в условиях, изложенных.

Подпись:

Отказ предоставить запрашиваемые данные приведет к невозможности доступа к регистрации Ассоциации.

Отсутствие возражений против ранее сообщенного обращения будет означать недвусмысленное, добровольное и осознанное предоставление вашего согласия на это.

Я даю согласие АССОЦИАЦИИ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL, на отправку сообщений на мой телефон путем включения в группу WhatsApp и / или по электронной почте, или с помощью других эквивалентных электронных средств связи в отношении мероприятий, проводимых Ассоциацией, а также мероприятий, осуществляемых различными ассоциациями с одной и той же целью.

Я даю согласие АССОЦИАЦИИ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL, на отправку мне информации о любом товаре или услуге, которую я коммерциализирую, посредством соглашений о сотрудничестве с другими компаниями.

Заинтересованная сторона имеет и принимает на себя обязательство сохранять в тайне и конфиденциальности всю информацию об ассоциации, к которой он имеет доступ во время его присоединения, особенно информацию, касающуюся физических лиц, собранную в файлах личных данных и / или разговоров, доступ к которым во время мероприятий Ассоциации. Это обязательство будет распространяться даже после окончания отношений с АССОЦИАЦИЕЙ БОЛЬНЫХ И ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ФИБРОМИАЛГИИ И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ СЬЮДАД-РЕАЛЬ. FIBROREAL. Также, будет понесена ответственность за все убытки и убытки, которые для Ассоциации возникли в результате мошеннического или виновного нарушения указанного обязательства.

Заполнение формы «Регистрационная форма» выражает желание стать частью Ассоциации и подразумевает принятие и согласие положений о Защите Персональных Данных и правил, изложенных в настоящем документе.

Сьюдад-Реаль……20…года.

Прочитано:…….