



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN CRISIS, LOS  
MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL Y LA PRESENCIA DE  
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF N° 20**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA LA ALUMNA:  
DUQUE GOMEZ DIANA LILIA**

**TUTORA:  
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

**ASESOR CLINICO:  
DR. MIGUEL ANGEL SAAVEDRA SALINAS**



**MEXICO, D.F. 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**TUTORA**

---

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION MEDICA DE  
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF N°20

**ASESOR CLINICO**

---

**DR. MIGUEL ANGEL SAAVEDRA SALINAS**

ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA  
JEFE DEL SERVICIO DE REUMATOLOGIA HGZ CM RAZA

**Vo.Bo.**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION MEDICA DE  
MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF N°20

**Vo.Bo.**

---

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF N°20

## **AGRADECIMIENTOS:**

### **A DIOS**

Porque nunca me has fallado, siempre has estado conmigo día a día, guiando mis manos y mis actos con sabiduría y amor. Me has provisto de todo lo necesario para que se realizara mi proyecto, para vivir cómodamente. Es un privilegio volver a estar cerca de ti. Muchas gracias.

### **A MI FAMILIA**

Ustedes son la razón de porque hago las cosas, de porque me levanto cada día, del porque las sonrisas no se borran de mi cara. Gracias a ustedes hoy logro una meta más en mi vida, fue difícil. No me cansaré de agradecerles el amor, la paciencia y las bromas, los amo inmensamente.

### **A MI AMADO ESPOSO**

Amor sabes que eres un parteaguas en mi vida, que llegaste en el momento preciso a recordarme lo verdaderamente importante. Te amo Emanuel F. Bello León. Espere con tantas ansias conocer al hombre de mi vida, y se hizo realidad muchas gracias por ayudarme de día y de noche en mi proyecto, ya vez lo termine...

### **A MIS COORDINADORAS LA DRA CARMEN AGUIRRE GARCIA Y LA DRA SANTA VEGA MENDOZA**

Quienes con su guía diaria me inspiraron en cada momento, doctoras ustedes son parte de mi familia, gracias por siempre dar más. Personas profesionales como ustedes definitivamente son un ejemplo a seguir, las admiro quiero y respeto. Lo logramos.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

### RESUMEN ESTRUCTURADO

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS	20
SUJETOS MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	27
DISCUSION	49
CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	59

**Título:**

CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN  
CRISIS, LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL Y  
LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON  
FIBROMIALGIA DE LA UMFN° 20

## **Correlación entre el Funcionamiento Familiar en Crisis, Los Mecanismos de Afrontamiento Personal y la Presencia de Depresión en Pacientes con Fibromialgia de la UMF 20.**

DUQUE-GOMEZ DIANA LILIA<sup>1</sup>; AGUIRRE-GARCÍA MARÍA DE CARMEN<sup>2</sup>.

SAAVEDRA-SALINAS MIGUEL ANGEL<sup>3</sup>

1. Médica Residente
2. Profa. Titular del Curso de Especialización; adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20.
3. Medico Reumatólogo adscrito a CM Raza

**INTRODUCCION:** La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor generalizado difuso, es afrontada por el paciente y sus familiares de diversas formas utilizando múltiples mecanismos. **OBJETIVO:** Se determinó la correlación entre el funcionamiento familiar en crisis, los mecanismos de afrontamiento personal y la presencia de depresión en pacientes con fibromialgia de la UMF 20. **METODOS:** Estudio transversal analítico en 38 pacientes con Fibromialgia así como a su familiar. Previo consentimiento informado se aplicaron escala de F-COPES, Escala de Hamilton, Inventario de estrategias CSI. **RESULTADOS:** El 81.55% fueron femeninos, intervalo de edad de 41-45 años. Dedicadas al hogar 39.5%, con secundaria 23.7% padeciendo Fibromialgia Pura en 28.9% y concomitante con Artritis Reumatoide en 18.4%. Alto afrontamiento familiar en las siguientes dimensiones: Pensamiento Desiderativo 55.3%, Resolución de problemas 50%; Apoyo Social 50%. El afrontamiento familiar fue alto sobre todo en la Búsqueda de Apoyo Espiritual 65.8%. La presencia de depresión moderada se encontró en 52.6%.

**CONCLUSIONES:** Se observó correlación entre afrontamiento personal y familiar así como la presencia de depresión en pacientes con Fibromialgia de la UMF 20.

**Palabras claves:** Correlación, afrontamiento personal, afrontamiento familiar, depresión.

## **Correlation between Family Functioning in Crisis, Personal Coping Mechanisms and Presence of Depression in Patients with Fibromyalgia FMU 20.**

DUQUE-GOMEZ DIANA LILIA<sup>1</sup> AGUIRRE-GARCÍA MARÍA DE CARMEN<sup>2</sup>

SAAVEDRA-SALINAS MIGUEL ANGEL<sup>3</sup>

1. Resident Medical
2. Prof. Holder of the Specialization Course; assigned to the Family Medicine Unit No. 20.
3. Rheumatologist Physicians assigned to CMR

**INTRODUCTION:** Fibromyalgia is a chronic condition characterized by diffuse widespread pain, is fronted by the patient and their families in various ways using multiple mechanisms. **OBJECTIVE:** We determined the correlation between family functioning in crisis, personal coping mechanisms and the presence of depression in patients with fibromyalgia of FMU 20. **METHODS.** Analytical cross-sectional study in 38 patients with fibromyalgia and their family. Informed consent F-COPES scale applied, Hamilton Scale, Inventory of CSI strategies. **RESULTS:** 81.55% were female, age range 41-45 years. Dedicated home 39.5%, with 23.7% experiencing high 28.9% was pure Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis with Concomitant 18.4%. High family coping in the following dimensions: Thought Desiderative 55.3%, 50% Troubleshooting, Social Support 50% Family coping was particularly high in the search Spiritual Support 65.8%. The presence of moderate depression was found in 52.6%.

**CONCLUSIONS:** We observe the correlation between personal and family coping and the presence of depression in patients with fibromyalgia FMU 20.

**Keywords:** Correlation, personal coping, family coping, depression.

## INTRODUCCION

La fibromialgia es una patología crónica y compleja que provoca dolor muscular generalizado que puede llegar a ser incapacitante, asociada a mal descanso nocturno y fatigabilidad, y que afecta a las esferas biológica, psicológica y social de los pacientes.

La frecuencia en la población americana se estima en 3.4% en mujeres y 0.5% en hombres. Esta se incrementó con la edad y se considera que 7.4% de las mujeres mayores de 70 años sufren esta enfermedad.

En la población europea la fibromialgia afecta aproximadamente el 1%, mientras que en México la fibromialgia afecta al 4 % de la población.

El síndrome de fibromialgia es el trastorno más frecuente entre los pacientes con dolor musculoesquelético difuso sin lesión estructural orgánica demostrada, que puede afectar el 2-3 % de la población española, lo que supone más de un millón de personas mayores de 18 años, siendo el 90% de los casos mujeres, la mayoría entre 30 y 50 años que representa la etapa productiva de una persona.

Actualmente no existe una explicación completa de la patogénesis de la enfermedad. Se afirma que la enfermedad es multifactorial con amplio componente psicológico, psiquiátrico y conductual.

Esta enfermedad además conlleva grandes gastos a las instituciones encargadas de la salud en nuestro país. El gasto promedio aproximado por paciente con fibromialgia es de \$3481 dólares para el periodo post diagnóstico a los 6 meses y \$3588 dólares para los siguientes 6 meses.

En diversos estudios se encontró que el realizar diagnóstico de fibromialgia estaba asociado con el incremento del uso de analgésicos y con ellos el gasto durante los primeros seis meses posteriores al diagnóstico, seguido por una estabilización en los 3 años posteriores al diagnóstico.

La cantidad de medicamentos empleados en cada paciente en un estudio realizado por la UNAM fue elevado, en algunos hasta 7 medicamentos en total (12.8%) y los cambios de tratamiento muy frecuentes, esto apoyó el hecho de que no existe un esquema definido y constante de tratamiento para los pacientes con fibromialgia.

Sin embargo existen múltiples terapias para el tratamiento de la fibromialgia. También se realizó un estudio acerca de los beneficios de la terapia de liberación mio-facial con masaje sobre puntos dolorosos, ansiedad, calidad de sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

Se encontraron que los parámetros analizados para el grupo experimental eran mejores en referencia al grupo placebo inmediatamente después del tratamiento y al mes de la intervención. A los 6 meses solo hubo significancias en la calidad de sueño del paciente con fibromialgia. Con lo cual concluimos que existe un componente altamente intrapsíquico en el paciente con fibromialgia.

Es por ello que la correcta derivación del paciente con fibromialgia, la detección de problemas en sus redes de apoyo familiares así como su capacidad de afrontamiento ante la enfermedad tendrá impacto sobre la calidad de vida del paciente traduciéndose en control de la enfermedad y sintomatología.

El menor uso de terapias recomendadas denota que se precisa más divulgación de las guías de tratamiento. Un incremento de medicamentos no analgésicos durante el periodo de observación es culpable de la mayoría de los costes en farmacia. Estos pueden estar relacionados con el incremento de la prevalencia de enfermedades comórbidas.

En mi práctica clínica he visto a menudo que algunos profesionales de la salud no canalizan de manera adecuada este problema de salud, esto se ve traducido en atención tardía y exacerbación de los síntomas, además he visto que los pacientes tienen una connotación desviada de la enfermedad crónica en donde el principal

síntoma es la somatización y problemas de comunicación, ya sea en su entorno o núcleo familiar o en la interacción día a día con la sociedad.

Bajo este tenor en esta investigación se pretende conocer las características personales del paciente, así como la correlación entre los mecanismos de afrontamiento personal que utilizaron los pacientes con fibromialgia y los mecanismos de afrontamiento familiar ante la crisis ya que para el médico especialista en Medicina Familiar es primordial intervenir al paciente en un entorno biopsicosocial, es decir de manera integral y holística.

Este conocimiento nos permitirá realizar intervenciones tempranas de acuerdo a las características y situaciones de vida que el paciente y su familia atraviesan, el grado de resiliencia ante el padecimiento crónico y la detección de aquellas familias que requieren un nivel de intervención familiar. Además de sernos útil en futuras investigaciones así como para implementar estrategias de diagnóstico y tratamiento correctos para mejorar la calidad de vida del paciente con fibromialgia.

## MARCO TEORICO

El término fibromialgia apareció recientemente en 1976. Se define como una enfermedad caracterizada por un síndrome musculoesquelético de dolor generalizado, con sensación de rigidez, trastornos del sueño, cansancio, sueño no reparador y la presencia de puntos dolorosos durante la exploración clínica, siendo una de las enfermedades reumatológicas que requieren manejo multidisciplinario hoy en día. <sup>1</sup>

Se estima que la fibromialgia tiene una prevalencia a nivel mundial del 2-3%.<sup>1</sup>

Reconocido como el trastorno más frecuente entre los pacientes con dolor musculoesquelético difuso sin lesión estructural orgánica demostrada, que puede afectar del 2-3% de la población española, lo que supone más de un millón de personas mayores de 18 años de ellos el 90% de los casos mujeres, la mayoría entre 30 y 50 años. <sup>2</sup>

Dentro de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Fibromialgia realizada por la Secretaría de Salud en México se encontraron un total de 42, 837 consultas en el primer nivel de atención por este padecimiento, es por ello que tiene gran importancia como problema de salud pública en el Instituto Mexicano Del Seguro Social. <sup>3</sup>

Hasta el momento se desconoce la fisiopatología que desencadena la fibromialgia, sin embargo existen varias hipótesis con inclinación genética para la primera línea generacional. Una hipótesis sostiene que, como muchos trastornos reumáticos, la fibromialgia puede expresarse cuando una persona genéticamente predispuesta está en contacto con factores ambientales que precipitan el desarrollo de los síntomas.

Engloba a todos aquellos que desencadenan un evento estresante incluyendo traumatismos físicos, especialmente del esqueleto axial, infecciones como parvovirus, hepatitis C, alteraciones emocionales agudas o crónicas, trastornos endocrinos como el hipotiroidismo y trastornos autoinmunes.<sup>4</sup>

Así pues, El Estrés es definido por la Real Academia de la Lengua Española como *Med*: "Situación de un individuo o de alguno de sus órganos o aparatos que por exigir de ellos un rendimiento superior al normal los pone en riesgo próximo de enfermar".<sup>5</sup>

Estrés psicológico es definido como situación o experiencia de la persona o de alguno de los sistemas de personalidad que por exigir de ella un rendimiento superior al normal la ponen en riesgo de funcionar mal o de pasarlo mal".

Lazarus y Folkman (1984/1986), definen evento estresante como "Una clase particular de relaciones E-R (estrés – relación) apreciadas por el sujeto como amenazantes o desbordantes de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar y que lleva al individuo al afrontamiento.

La concepción de afrontamiento es del todo acertada por estos autores ya que establecen una relación entre el estrés y el afrontamiento, constituyendo la conducta apropiada y relativa al estrés. Esta incluye dos tipos de respuesta. Una es la conducta respondiente "esta se compone de la percepción del peligro, de la pérdida o el daño, si es correcto el precedente del análisis, apreciación, estimación, juicio. La segunda reacción y alteración emocional.

La otra respuesta es la conducta adaptativa específicamente relativa a la demanda y que así mismo se compone de dos elementos: "re apreciación" del daño, perdida, amenaza, de los propios recursos para hacerle frente y una acción o conducta instrumental, operante que trata de realizar los requeridos cambios en el entorno.<sup>6</sup>

Existen factores determinantes los cuales pueden o no estar presentes en el individuo que sufre el evento estresor de los cuales unos serán más efectivos que otros en función de la situación concreta.

Rodríguez Marin (1995) clasifica los recursos de afrontamiento en:

Recursos físico/biológicos: Incluyen todos aquellos elementos físicos de la propia persona que contribuyen a un afrontamiento más adecuado: su salud física, su

energía, fuerza, resistencia, así como su entorno físico (clima, condiciones de la vivienda).

Recursos psicológicos/psicosociales: Todas aquellas cualidades psíquicas y destrezas que pueden ser importantes en el afrontamiento de una situación estresante, como la capacidad intelectual, autoestima, sentido de control, creencias, capacidad de solución de problemas, autocontrol, etc.<sup>7</sup>

Recursos culturales: Todos aquellos recursos relacionados con los valores y atribuciones causales reconocidos por la cultura y la sociedad de la que el sujeto forma parte: normas, símbolos, prejuicios, creencias, costumbres.

Recursos sociales: Se incluye aquí el apoyo social, recurso crucial para hacer frente a los estresores.

Dependiendo de los recursos de los que disponga el individuo, la respuesta al afrontamiento desplegada variará significativamente.

Lazarus (1966) realizó la distinción entre aquellas respuestas de afrontamiento dirigidas a modificar la situación estresante como respuesta activa y aquellas otras respuestas que simplemente implican aceptar la situación y tratar de adaptarse a ella con el menor sentimiento de estrés posible, es decir una respuesta más pasiva acomodaticia.

Folkman y Lazarus(1980). Distinguen dos tipos de afrontamiento:

Afrontamiento centrado en el problema : Tratará de confrontarse directamente al problema que causa el estrés mediante una adecuada toma de decisiones, solución de problemas o la acción directa sobre la fuente de estrés.

Afrontamiento Centrado en la Emoción: Trata de controlar la emoción causada por el estrés (por ejemplo, mediante técnicas de relajación).

Valdés y Flores (1985) distinguen entre mecanismos de afrontamiento adaptativos de lucha y de inhibición:

**MECANISMOS ADAPTATIVOS:** Tratarían de suprimir los estímulos amenazadores o de reducir la activación biológica que provocan. Por ejemplo, las conductas sustitutivas (comer, beber, fumar, dormir, respuesta sexual, hacer ejercicio) serían un tipo de mecanismos adaptativos, ya que reducen la tensión.

**MECANISMOS DE LUCHA:** Se centrarían en buscar el control de la situación, que no siempre tiene consecuencias positivas. Un ejemplo de ello sería aquella conducta que no llega a ser consumatoria y se mantiene como resistencia, situando al organismo en un estado de prolongada activación.

**MECANISMOS DE INHIBICION:** Implican la inmovilidad por parte del sujeto, inhibición que se da como consecuencia de un estado de máxima activación ante el cual el sujeto reacciona con una respuesta de indefensión tras haber evaluado el entorno y sus posibilidades de adaptarse a él.

Por lo tanto, no se trata de una simple ausencia de conducta, sino la rendición del organismo en sus intentos de adaptarse al medio. Si la persona no puede huir de la situación estresante, puede emplear estrategias de afrontamiento distintas de las conductuales, como la habituación o defensas psicológicas para reestructurar internamente los efectos del entorno.

Reeve (1994) por su parte, realiza una distinción entre métodos de afrontamiento directos y métodos de afrontamiento defensivos.

Los métodos de afrontamiento directos implican emplear recursos cognitivos y conductuales para provocar un cambio en el medio, de tal manera que la situación estresante deje de serlo.

Por el contrario, los métodos de afrontamiento defensivos implican la evitación del estresor o la supresión de la respuesta emocional, cognitiva o fisiológica una vez que ocurre el estresor. Así, el autor incluye entre los métodos de afrontamiento directos la resolución planificada de problemas, el afrontamiento confrontativo (dirigirse directamente a la fuente de problemas e intentar combatirlo) y la búsqueda de apoyo social mientras que como ejemplos de métodos de afrontamiento defensivos destaca mecanismos de defensa como la

negación, la regresión, o la proyección, el ejercicio físico, el consumo de drogas o las técnicas de autocontrol.

El afrontamiento se da en el núcleo de la persona que vive el evento estresante con diferentes acciones, desde exacerbación de la enfermedad crónica, estados depresivos, hasta alteraciones en la dinámica familiar, pudiendo resultar en disfunción familiar.

Investigadores en este campo creen que la anormalidad primaria que lleva a la expresión de síntomas en la fibromialgia es una función aberrante del sistema nervioso central. Existe la creencia general de que los componentes centrales de la respuesta al estrés pueden desempeñar un papel importante en la expresión de los síntomas. Siendo estos la respuesta humana al estrés por la hormona liberadora de corticotrofina y el locus ceruleus-norepinefrina/sistema nervioso autónomo.

Las causas de dolor son multifactoriales para el sexo femenino dentro de ellas, la mayor edad, un deficiente condicionamiento aeróbico y los trastornos del estado de ánimo aumentan la sensibilidad a la presión cutánea.

Por último se encuentran reconocidos los factores psico-conductuales como contribuyente de la patogenia de la fibromialgia.

## **FACTORES PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES**

Ha habido un largo debate sobre el papel de los factores psiquiátricos, psicológicos y conductuales en la fibromialgia. Algunos profesionales de la salud sostienen que todos los síntomas de la fibromialgia representa un estado de angustia o vulnerabilidad, mientras que otros sostienen que la tasa de alteraciones psiquiátricas en estos trastornos es similar a la encontrada en cualquier enfermedad crónica.

Aproximadamente el 20% -40% de las personas con fibromialgia vistas en tercer nivel de atención tienen trastornos del estado de ánimo identificables, como depresión o ansiedad.

La incidencia de alteraciones psiquiátricas durante la vida en los pacientes con fibromialgia en centros de atención terciaria varía del 40% al 70%. Otros factores psicosociales desempeñan un papel significativo en algunos individuos con fibromialgia. Estos factores incluyen vías de comportamiento, como el papel del enfermo y los mecanismos de manejo mal adaptados, vías cognoscitivas, como victimización y pérdida de control y vías sociales, como la interferencia con la función del rol y el deterioro de las redes sociales o de apoyo.

Con el progreso de la enfermedad surgen problemas como pérdida del trabajo, limitaciones económicas, distanciamiento de los amigos. Si las respuestas del paciente a estos problemas están mal adaptadas o carece de actitudes de afrontamiento personal el paciente puede quedar angustiado y abrumado por el dolor y su impacto negativo. Puede surgir aumento de la angustia, sensación de inutilidad aprendida, depresión, ansiedad, enojo, desconfianza y somatización y así agravar los síntomas.

Todos estos factores son importantes en la forma en que los individuos responden a los síntomas, cómo y cuándo buscan atención médica, y si responden al tratamiento. Esto también puede explicar porque la terapia cognoscitivo-conductual ha sido eficaz en el tratamiento de la fibromialgia así como en casi todos los demás trastornos médicos crónicos.<sup>8</sup>

## **DEPRESIÓN EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

Los trastornos mentales afectan la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Por otro lado, las enfermedades crónicas, por sus características suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida del paciente. En la fase inicial aguda, los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación y posteriormente, la fase de asunción del carácter crónico del

trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida.

Los pacientes crónicos, pueden presentar incluso cuadros depresivos. En algunos, la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión, desesperanzas, dependencias con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades; en estos casos, los pacientes deben recibir una intervención psicológica para tratar este problema (Rodríguez-Marín, 2005).

La fibromialgia es una enfermedad crónica, dolorosa e invalidante que ataca a las personas en la mayoría de los casos, entre los 30 y 50 años, en plena edad productiva, lo que produce un gran impacto emocional para el paciente, su familia y en el desempeño laboral (Aris Rojas H. 1995).<sup>9</sup>

En el dolor, e incluso en la propia naturaleza esta enfermedad, la depresión, la ansiedad y la ira se presentan como variables relevantes. Por otra parte, los pacientes con esta patología desarrollan distintos niveles de incapacidad funcional, lo que favorece la aparición de consecuencias emocionales negativas (ansiedad, ira, tristeza, depresión) que afectan al dolor y al curso del propio trastorno.<sup>10</sup>

## **FIBROMIALGIA Y SU ASOCIACION CON OTRAS ENFERMEDADES**

Se estima una prevalencia para la fibromialgia relacionada con las siguientes enfermedades:

**DEPRESION:** En un estudio canadiense para determinar la prevalencia así como los factores asociados con depresión mayor en personas con fibromialgia se encontró que el 22% tenía una depresión mayor.

La depresión estaba asociada con una menor edad, ser mujer, estado civil soltero, inseguridad alimentaria, enfermedades crónicas concomitantes y limitaciones en las actividades. De ellos dos quintos de los pacientes con depresión y fibromialgia

no habían comentado las preocupaciones de su salud mental con ningún profesional de la salud.

Lo cual destacó el infra uso de los servicios de salud mental. Con estos hallazgos se puede ayudar a los médicos con sus valoraciones de salud mental y en sus intervenciones médicas para el paciente con fibromialgia.<sup>11</sup>

**DIABETES MELLITUS:** Se encontró fibromialgia en 18% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Por el contrario no se encontró esta asociación en paciente con diabetes mellitus tipo 1. Así mismo se encontró fibromialgia en el 34% de los pacientes del grupo control. Las mujeres con DM 2 tenían ratios significativamente más altos de fibromialgia.<sup>12</sup>

**ESPONDILITIS ANQUILOSANTE:** Se realizó un estudio en pacientes con espondilitis anquilosante y la presencia de fibromialgia en ellos encontrándose en un 15% de su muestra. Esta era más prevalente en la mujeres (3.8:1) con una edad de comienzo promedio de 27.5 años.

El antígeno HLA-27 era positivo en la mayoría (80.4%). Se concluyó que la coexistencia de fibromialgia en pacientes con espondilitis anquilosante puede empeorar la incapacidad funcional y la calidad de vida.<sup>13</sup>

## **CARACTERISTICAS CLINICAS**

Existen criterios diagnósticos para fibromialgia los cuales fueron publicados por el ACR "AMERICAN COLLEGE OF REUMATHOLOGY" en 1990; los cuales con propósitos de clasificación, se dice que los pacientes tienen fibromialgia si se cumplen ambos criterios.

El dolor generalizado debe estar presente por lo menos 3 meses. La presencia de un segundo trastorno clínico no excluye el diagnostico de fibromialgia. La palpación digital debe realizarse con una fuerza aproximada de 4 kg.

Para considerar “positivo” un punto hipersensible el sujeto debe afirmar que la palpación fue dolorosa. “hipersensible” (dolorido) no debe considerarse “doloroso”.

## 1.-HISTORIA DE DOLOR GENERALIZADO

Definición: el dolor se considera generalizado cuando están presentes todos los siguientes: dolor en el lado izquierdo del cuerpo; dolor en el lado derecho de cuerpo, dolor por arriba de la cintura y dolor por debajo de la cintura. Además, debe estar presente dolor en el esqueleto axial (columna cervical o tórax anterior, o columna torácica o parte baja de la espalda). En esta definición, el dolor del hombro y del glúteo se considera como dolor en cada lado afectado. El dolor “Bajo de espalda” se considera dolor del segmento inferior.

## 2.- DOLOR EN 11 DE 18 PUNTOS DOLOROSOS CON LA PALPACIÓN DIGITAL.

Definición: el dolor con la palpación digital debe estar presente por lo menos en 11 de los siguientes 18 puntos dolorosos:

Occipucio: bilateral, en las inserciones del musculo suboccipital.

Cervical bajo: bilateral, en la región anterior de los espacios intertransversos C5-C7

Trapezio: bilateral, en el punto medio del borde superior.

Supraespinoso: bilateral, en la segunda unión costochondral, inmediatamente por fuera de la unión con la superficie superior.

Segunda costilla: bilateral, en su origen, por arriba de la escapula cerca del borde interno.

Epicóndilo externo: bilateral, a 2 cm distal del epicóndilo.

Glúteo: bilateral, en los cuadrantes superoexternos de los glúteos en el pliegue anterior del musculo.

Trocánter mayor: bilateral posterior a la prominencia trocantérica.

Rodilla: en el cojinete graso interno proximal a la línea articular.

Los puntos dolorosos son puntos anatómicos predefinidos considerados “positivos” cuando el paciente refiere dolor con la aplicación de 4 kg de presión (la cantidad aproximada de presión que se requiere para blanquear la uña del examinador.

Siendo la región media del trapecio y los epicóndilos puntos dolorosos en donde todos los pacientes con fibromialgia presentan hipersensibilidad, y los individuos que tienen dolor más difuso tienen generalmente un mayor número de puntos dolorosos. Además, los puntos dolorosos miden no solamente el grado de dolor de los individuos, sino también el grado de angustia<sup>14</sup>

El dolor de la fibromialgia aumenta y disminuye frecuentemente, puede ser migratorio, y a menudo se acompaña de disestesias o parestesias que no siguen una distribución de dermatomas.

En algunos casos los pacientes se presentan con “dolencias en todo el cuerpo”; en otros casos los pacientes presentan varias áreas del dolor regional o síntomas no definitorios como son: cefalea tensional/migraña, trastornos afectivos, síntoma de la articulación temporomandibular, dificultades cognoscitivas como son deterioro de la memoria reciente, atención, síntomas de oídos, nariz y garganta, como sequedad, rinitis vasomotora, problemas de acomodación, síntomas vestibulares, hipersensibilidad a múltiples sustancias químicas con presentación de síntomas alérgicos; dismotilidad esofágica, hipotensión, prolapso de la válvula mitral, dolor precordial no cardíaco, disnea, constitucionales: fluctuaciones del peso, diaforesis nocturna, debilidad, alteraciones del sueño, síndrome de colon irritable, parestesias sin distribución en dermatomas, cistitis intersticial, síndrome uretral de la mujer (urgencia y frecuencia urinaria) dismenorrea, endometriosis, vestibulitis vulvar, vulvodinia.

Como mínimo en un paciente con dolor difuso crónico debe realizarse una biometría hemática completa, pruebas de función hepática, renal y tiroidea,

velocidad de sedimentación globular o proteína C reactiva en el curso de su enfermedad.

No se consideran específicas para la fibromialgia las pruebas serológicas como ANA o factor reumatoide a menos que exista evidencia de trastorno autoinmune. Ya que tienen bajo valor predictivo cuando los síntomas son inespecíficos y la tasa de ANA se puede ver incrementada en personas con estas enfermedades.

## **TRATAMIENTO**

Un vez establecido el diagnóstico el clínico debe considerar si debe etiquetar al individuo. Se ha descrito la importancia de orientar al paciente sobre su enfermedad, ya que esto los ayuda a comprender sus síntomas y el tratamiento a seguir más recomendable.

Se recomienda al clínico programar una consulta prolongada para determinar la causa desencadenante de la sintomatología. El médico debe explorar los síntomas más molestos, el impacto que estos tienen sobre diversos aspectos de la vida, los estresores y percepción de lo que está causando estos síntomas y que podría estar exacerbando la enfermedad.

Dentro de los múltiples tratamientos para este padecimiento se encuentra, orientación educación al paciente, tratamiento farmacológico, tratamientos no farmacológicos, como son la terapia cognoscitiva-conductual, ejercicio aeróbico y las terapias complementarias.

Educación: los médicos deben describir el trastorno en términos que sean confortantes, y después referir al paciente a fuentes de información verídicas y fiables o a alguna organización nacional de apoyo para los pacientes con fibromialgia ej. Asociación Americana Del Síndrome De Fibromialgia, Alianza De Fibromialgia. Etc.

## **TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS**

Compuestos tricíclicos como la amitriptilina y la ciclobenzaprina han mostrado beneficio a corto plazo en el tratamiento de otros trastornos y síntomas, incluyendo migraña y cefalea tensional, dolor precordial no cardíaco, síndrome del colon irritable, artritis reumatoide, insomnio y diversos trastornos del dolor crónico.

Se recomienda prescribir estos medicamentos varias horas antes de acostarse, para aumentar la tolerancia, en dosis inicial de 10 mg o menos, y aumentar lentamente (10 mg cada una a dos semanas) hasta que el paciente alcance la dosis máxima útil (hasta 40 mg de ciclobenzaprina, o 70-80mg de amitriptilina).

Algunos estudios sugieren que la venlafaxina y la sertralina pueden tener cierta utilidad. El tramadol está reconocido como un fármaco útil para ciertos síntomas sin efecto benéfico global así como la gabapentina como analgésico central cuando se usa en dosis altas (por ejemplo 1000-2000 mg/día).

En pacientes con insomnio que no toleran los compuestos tricíclicos se dan dosis de trazadona y zolpidem al acostarse.

En pacientes con síntomas sugestivos de disfunción autonómica como son intolerancia ortostática, inestabilidad vasomotora o palpitaciones, el aumento de la ingestión de líquidos y sodio/potasio o dosis bajas de betabloqueadores pueden ser útiles.

## **TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS:**

### *Terapia cognoscitiva-conductual (TCC)*

Se trata de un programa estructurado de educación en el cual se desarrollan habilidades que el paciente puede utilizar para enfrentar su enfermedad. Este se debe adaptar al padecimiento crónico elegido.

Las habilidades más frecuentemente asociadas a la TCC incluyen entrenamiento, caminar, actividades agradables, técnicas de imaginaria visual, estrategias de distracción, distracción de punto focal y visual, reestructuración cognoscitiva,

solución de problemas y establecimiento de objetivos. El objetivo de la TCC es proporcionar a los pacientes instrumentos para obtener el control de su enfermedad.

### *Ejercicio Aeróbico*

Este mejora los resultados en una amplia gama de trastornos, incluyendo la fibromialgia, ya que tiene efectos analgésicos y antidepresivos, aumenta la sensación de bienestar y control del paciente.

Al diseñar un programa de ejercicios aeróbicos, se requiere una planeación cuidadosa para aumentar la tolerancia y asegurar el cumplimiento a largo plazo. Los pacientes pueden presentar agravamiento de los síntomas inmediatamente después del ejercicio, y por lo tanto tener temor de continuar con este.

Para reducir el dolor asociado al ejercicio, se recomiendan ejercicios de bajo impacto, como ejercicios acuáticos, caminar, nadar o la bicicleta estacionaria, con énfasis en la progresión gradual de la intensidad del ejercicio y enfocarse en el cumplimiento de un programa permanente como estilo de vida saludable.

### *Terapias complementarias:*

Inyecciones en los puntos gatillo, terapia de liberación miofascial y “otras técnicas con las manos “, acupuntura, manipulación quiropráctica.

El clínico debe valorar la seguridad del tratamiento propuesto, y señalar al paciente cualquier posible efecto perjudicial. El médico debe determinar si este tratamiento está reforzando creencias erróneas mal adaptadas que serán perjudiciales a largo plazo. Se debe proponer al paciente empezar un solo tratamiento y determinar si el tratamiento es benéfico; si el paciente considera que el tratamiento es benéfico lo debe descontinuar para ver si los síntomas se agravan. Si esto resulta positivo no se podrá negar el efecto placebo en este tipo de terapia.<sup>15</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fibromialgia es un problema importante de salud pública en México encontrándose frecuencias aproximadas del 4% con edad de inicio de 30-35 años que representan población productiva. Las personas que sufren esta enfermedad tienden a lidiar con el dolor difuso generalizado y sus crisis se pueden ver exacerbadas por factores psicológicos, conductuales, eventos estresantes, pérdida de redes sociales o de apoyo y la forma en que afrontan su enfermedad ellos y su familia.

Afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1986) como los “esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y /o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

En la fibromialgia esta descrito el papel de los factores psiquiátricos psicológicos y conductuales del paciente, los trastornos del ánimo ocurren claramente con mayor frecuencia, aproximadamente en el 20-40%. Siendo este un porcentaje considerable.

Así como la mayoría de las enfermedades crónicas, otros factores psicosociales desempeñan un papel significativo en algunos individuos con fibromialgia, estos factores incluyen vías de comportamiento, mecanismos de manejo mal adaptados vías cognoscitivas, (victimización y pérdida del control), vías sociales como la interferencia con la función del rol y el deterioro de las redes sociales o de apoyo. Con ello hablamos de la mayor red de apoyo reconocida a nivel mundial que es la familia.

Bottmore define familia como: “grupo social primario de la sociedad, de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, y dota a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas”. Ackerman en 1966 definió familia como “la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud”.

La enfermedad es afrontada por el paciente de diversas formas utilizando múltiples mecanismos, así mismo su familia utiliza también mecanismos para responder ante la crisis que representa la enfermedad crónica, de tal manera que la pérdida de la salud y la forma en que es afrontada posiblemente incrementen el duelo de la enfermedad.

## **HIPOTESIS**

### **Hipótesis Alterna:**

Existió correlación entre el funcionamiento familiar en crisis, los mecanismos de afrontamiento personal y la presencia de depresión en pacientes con Fibromialgia de la UMF No. 20

### **Hipótesis Nula:**

No existió correlación entre el funcionamiento familiar en crisis, los mecanismos de afrontamiento personal y la presencia de depresión en pacientes con Fibromialgia de la UMF No. 20

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la correlación entre el funcionamiento familiar en crisis, los mecanismos de afrontamiento personal y la frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgia de la UMF 20.

### **Objetivos Específicos**

1. Se describieron las características de los pacientes con fibromialgia según: sexo, edad, escolaridad, ocupación.
2. Se mencionó la frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgia de UMF 20.
3. Se detallaron los mecanismos de afrontamiento familiar ante la crisis la familia del paciente con fibromialgia.
4. Se evaluaron los mecanismos de afrontamiento personal en el paciente con fibromialgia.
5. Se buscó la correlación entre las variables de estudio.

## **SUJETOS MATERIALES Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Transversal Analítico.

### **CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO**

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No.20 del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, C.P. 07750 en México, Distrito Federal.

Como unidad de primer nivel de servicios que oferta primer nivel de atención, cuenta con un total de 30 consultorios, PREVENIMSS, Rayos X, Laboratorio, Farmacia, además de ser una de las sedes más importantes de formación de recursos humanos para la salud, al ser campo clínico de Residencias Medicas avalada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de recursos humanos para la salud (CIFRS) con amplio reconocimiento.

### **UNIVERSO (GRUPO DE ESTUDIO)**

Se solicitó al servicio de ARIMAC de la UMF N° 20 realizar extracción de sabana del total de pacientes con diagnóstico de fibromialgia que acuden a consulta subsecuente.

### **MUESTRA**

La población total de casos de fibromialgia fue de 38 pacientes por lo cual se tomó el universo para la realización de esta investigación.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes con Fibromialgia que acudieron a la UMF No. 20.
- Familiar acompañante del paciente con Fibromialgia.
- Pacientes con más de dos meses con diagnóstico de Fibromialgia.
- Los pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes que presentaron impedimentos físicos, sordera, dificultades para la lectura, o situación clínica grave que les impidiera contestar los cuestionarios.
- Aquellos pacientes que acudieron solos a consulta externa.
- Pacientes con diagnóstico reciente menor a 2 meses.

## **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Pacientes que desearon retirarse o que no contestaron el cuestionario en su totalidad.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
<b>EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista	Se Evaluara con la ficha de identificación a pacientes que tengan edades entre 30-50 años de edad	Cuantitativa	Discretas Razón
<b>SEXO</b>	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Se evaluarán ambos sexos	Cualitativa	Nominal Dicotómica
<b>ESCOLARIDAD</b>	Grado de instrucción que posee la persona	Años cursados y aprobados en un sistema educacional	Cualitativa	Ordinal
<b>OCUPACIÓN</b>	Situación laboral actual de los pacientes en estudio	Tipo de trabajo que desempeña el paciente y que le genera ingresos	Cualitativa	Nominal Politómica
<b>ENFERMEDAD DE BASE</b>	Presencia de otras Patologías Concomitantes en el paciente	Posibles enfermedades de base que condicionaron la enfermedad o que la agravan como Espondilitis Anquilosante, DM2 o Depresión.	Cualitativa	Nominal Politómica
<b>TIEMPO DE DIAGNÓSTICO</b>	Magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos sujetos a cambios en este caso tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el momento	Mayor A 2 Meses Menor A 2 Meses	Cualitativa	Nominal Dicotómica

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
A F R O N T A M I E N T O	RESPUESTA O CONJUNTO DE RESPUESTAS ANTE LA SITUACION ESTRESANTE EJECUTADAS PARA MANEJARLAS Y/O NEUTRALIZARLAS	Se Utilizara La Escala Del Inventario De Estrategias De Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García , 2006) que evaluará las siguientes dimensiones	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Resolución de problemas: Estrategias cognitivas y conductuales para eliminar el estrés modificando la situación que lo preocupe	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Autocrítica estrategias: basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Pensamiento desiderativo: Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Reestructuración cognitiva: Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación de estrés	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Evitación de problemas : estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Retirada social estrategias: retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante	Cualitativa	Nominal dicotómica

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
A F R O N T A M I E N T O  F A M I L I A R	RESPUESTA O CONJUNTO DE RESPUESTAS ANTE LA SITUACION ESTRESANTE EJECUTADAS PARA MANEJARLAS Y/O NEUTRALIZARLAS	Se Utilizara La Escala Del F-COPES Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis (Hamilton I. McCubbin, David H. Olson, Andrea S. Larsen ) que evaluará las siguientes dimensiones	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Obtención del apoyo social: habilidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Reestructuración: Esta dimensión evalúa la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Búsqueda de apoyo espiritual: Va enfocada sobre la habilidad familiar para obtener apoyo espiritual	Cualitativa	Nominal dicotómica
		Movilización familiar para obtener y aceptar ayuda: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.	Cualitativa	Nominal dicotómica

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	MEDICION DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
D E P R E S I O N	Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo, deprimido, disminución del disfrute apatía y perdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Que a menudo presentan ansiedad y síntomas somáticos variados.	Se Utilizara La Escala De Hamilton para la evaluación de depresión (HDRS) versión castellana 1986 por Ramos Rivera	Cuantitativa	Ordinal
		Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad).	Cuantitativa	Ordinal
		Sentimientos de culpa:	Cuantitativa	Ordinal
		Trabajo y actividades	Cuantitativa	Ordinal
		Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora).	Cuantitativa	Ordinal
		Ansiedad psíquica	Cuantitativa	Ordinal
		Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales, sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc. cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración).	Cuantitativa	Ordinal

## RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 38 pacientes, que representan el universo de pacientes con fibromialgia en la UMF 20, así como a su familiar acompañante. Presentado una media de  $44.57 \pm 11.53$  años, de los cuales predomino el siguiente perfil socio demográfico: intervalo de edad de 41-45 años en un 21% (n=8), sexo femenino en el 81.55% (n=31), dedicados al hogar en un 39.5% (n=15) y escolaridad de secundaria completa en el 23.7% (n=9). CUADRO 1.

**CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE	N	%
<b>EDAD</b>		
➤ 15-20	2	5.2
➤ 21-25	-	-
➤ 26-30	2	5.2
➤ 31-35	6	15.7
➤ 36-40	5	13.1
➤ 41-45	8	21
➤ 46-50	7	18.4
➤ 51-55	3	7.8
➤ 56 O MAS	5	13.1
<b>SEXO</b>		
➤ MASCULINO	7	18.4
➤ FEMENINO	31	81.5
<b>OCUPACION</b>		
➤ HOGAR	15	39.5
➤ COMERCIANTE	11	28.9
➤ PROFESIONALES	11	28.9
➤ ESTUDIANTE	1	2.6
<b>ESCOLARIDAD</b>		
➤ ANALFABETA	-	-
➤ PRIMARIA INCOMPLETA	1	2.6
➤ PRIMARIA COMPLETA	5	13.2
➤ SECUNDARIA INCOMPLETA	5	13.2
➤ SECUNDARIA COMPLETA	9	23.7
➤ PREPARATORIA INCOMPLETA	-	-
➤ PREPARATORIA COMPLETA	8	21.1
➤ LICENCIATURA TRUNCA	4	10.5
➤ LICENCIATURA COMPLETA	4	10.5
➤ POSTGRADO	2	5.3

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF 20

La mayoría de los pacientes estudiados presentaban fibromialgia pura es decir no presentaban alguna enfermedad de base o concomitante, seguida en frecuencia de artritis reumatoide asociada a fibromialgia en un 18.4% (n= 7). Con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de base predominante de 6 a 10 años de evolución en el 28.6 % (n=11) de dicha población. CUADRO 2, 3

**CUADRO 2. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

<b>ENFERMEDAD DE BASE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
SIN OTRA PATOLOGIA	11	28.9
OTRAS	5	13.2
DIABETES MELLITUS	2	5.3
HIPERTENSION ARTERIAL	4	10.5
ARTRITIS REUMATOIDE	7	18.4
OBESIDAD	4	10.5
OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA	3	7.9
POLIMIOSITIS	1	2.6
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	1	2.6
ENFERMEDADES DE LA COLAGENA	0	0

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF 20

**CUADRO 3. TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD ASOCIADA A PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

<b>AÑOS DE DIAGNOSTICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 A 5 AÑOS	2	5.2
6 A 10 AÑOS	11	28.6
11 A 15 AÑOS	5	31
16 A 20 AÑOS	0	0
21 A 25 AÑOS	2	5.2
26 AÑOS O MAS	0	0
DESCONOCE	18	46.8

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF 20

Dentro del estudio los pacientes con fibromialgia presentaron un alto afrontamiento personal ante la enfermedad, en las siguientes dimensiones: **Pensamiento**

**Desiderativo**(*estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante*) (n=21) 55.3%; **Resolución de problemas**(*estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce*)(n=19) 50%;**Apoyo Social**(*estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional*)(n=19) 50%.

Y percibieron un nivel medio de afrontamiento en los siguientes ejes de evaluación: **Evitación de Problemas**(*estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante*)(n=23) 60.5%, **Retirada social**(*estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante*) (n=21) 55.3%.

**CUADRO 4. AFRONTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES ENCUESTADOS CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

EJES DE EVALUACION	BAJA		MEDIA		ALTA	
	N	%	N	%	N	%
RESOLUCION DE PROBLEMAS	6	15.8	13	34.2	19	50.0
AUTOCRITICA	6	15.8	16	42.1	16	42.1
EXPRESION EMOCIONAL	5	13.2	17	44.7	16	42.1
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	1	2.6	16	42.1	21	55.3
APOYO SOCIAL	6	15.8	13	34.2	19	50.0
REESTRUCTURACION COGNITIVA	4	10.5	20	52.6	14	36.8
EVITACION DEL PROBLEMA	4	10.5	23	60.5	11	28.9
RETIRADA SOCIAL	9	23.7	21	55.3	8	21.1

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El afrontamiento familiar presentado fue alto en la mayoría de los pacientes y sus redes familiares, siendo el eje más desarrollado la Búsqueda de Apoyo Espiritual representando un 65.8% (n=25).Cuadro 5.

**CUADRO 5. AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES ENCUESTADOS  
CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

EJES DE EVALUACION	BAJO		ALTO	
	N	%	N	%
<b>OBTENCIÓN DEL APOYO SOCIAL</b>	17	44.7	21	55.6
<b>REESTRUCTURACIÓN</b>	15	39.5	23	60.5
<b>BÚSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL</b>	13	34.2	25	65.8
<b>MOVILIZACIÓN FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA</b>	17	44.7	21	55.3

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Los pacientes con fibromialgia presentaron depresión moderada en un 52.6% (n=20), depresión severa en un 15.8 % (n=6), únicamente uno de los participantes de nuestro estudio no presentó depresión representando el 2.6% total de encuestados. Cuadro 6.

**CUADRO 6. GRADOS DE DEPRESION EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

VARIABLE	N	%
NO DEPRIMIDO	1	2.6
LIGERAMENTE DEPRIMIDO	10	26.3
MODERADA DEPRESION	20	52.6
DEPRESION SEVERA	6	15.8
DEPRESION MUY SEVERA	1	2.6

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

A continuación se muestran las tablas de contingencia en relación al afrontamiento personal y afrontamiento familiar en crisis, en todos sus ejes de evaluación encontrándose los siguientes resultados:

La resolución de problemas no se asoció con la obtención del apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar para obtener ayuda. Cuadro 7, 8,9.

**CUADRO 7. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RESOLUCION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		OBTENCIÓN DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	BAJO	N	2	.203
		%	5.3	
	MEDIO	N	10	.194
		%	26.3	
	ALTO	N	5	.079
		%	13.2	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 8. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RESOLUCION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	BAJO	N	2	.921
		%	5.3%	
	MEDIO	N	5	.921
		%	13.2%	
	ALTO	N	6	.837
		%	15.8%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 9. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RESOLUCION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL				
VARIABLE		AFRONTAMIENTO FAMILIAR		P*
		MAL	BUEN	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	BAJO	N	2	.921
		%	5.3%	
	MEDIO	N	5	.921
		%	13.2%	
	ALTO	N	6	.837
		%	15.8%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Por el contrario encontramos nivel medio de afrontamiento personal y alto afrontamiento familiar en los ejes Resolución de Problemas (*estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce*) (y Reestructuración Familiar (*estrategias cognitivas que realiza la familia para modificar el significado de la situación estresante*))(n=5) 13.2% con una P\* 0.055. Cuadro 10.

**CUADRO 10. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RESOLUCION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

REESTRUCTURACION				
VARIABLE		AFRONTAMIENTO FAMILIAR		P*
		MAL	BUEN	
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	BAJO	N	3	.060
		%	7.9%	
	MEDIO	N	8	.055
		%	21.1%	
	ALTO	N	4	.066
		%	10.5%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El afrontamiento personal de nuestros pacientes estudiados presenta asociación en el eje autocrítica y obtención de apoyo social en los niveles de afrontamiento personal bajo y medio en un 10.5% (n=4), 13.2% (n=5) respectivamente. Cuadro 11.

**CUADRO 11. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (AUTOCRITICA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCION DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
AUTOCRITICA	BAJO	N	2	.037
		%	5.3%	
	MEDIO	N	11	.034
		%	28.9%	
	ALTO	N	4	.265
		%	10.5%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje autocrítica personal y reestructuración familiar tuvieron asociación en su nivel bajo con (n=6) 15.8% P\*.004 y medio con (n=5) 13.2% P\*.001 de afrontamiento personal con respecto al eje reestructuración familiar. Cuadro 12.

**CUADRO 12. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (AUTOCRITICA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
AUTOCRITICA	BAJO	N	0	.004
		%	0.0%	
	MEDIO	N	11	.001
		%	28.9%	
	ALTO	N	4	.981
		%	10.5%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Autocrítica personal y búsqueda de apoyo espiritual familiar se asociaron en los niveles de afrontamiento personal bajo con valores (n=6) 15.8% con P\* 0.005 y medio (n=6) 15.8% P\* 0.002 respectivamente. Cuadro 13.

**CUADRO 13. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (AUTOCRITICA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
AUTOCRITICA	BAJO	N	0	.005
		%	0.0%	
	MEDIO	N	10	.002
		%	26.3%	
	ALTO	N	3	.842
		%	7.9%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje autocrítica y movilización familiar para obtener y aceptar ayuda no presento asociación ni significancia en nuestros pacientes estudiados. Cuadro 14.

**CUADRO 14. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (AUTOCRITICA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
AUTOCRITICA	BAJO	N	3	.746
		%	7.9%	
	MEDIO	N	8	.506
		%	21.1%	
	ALTO	N	6	.506
		%	15.8%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje expresión emocional se asoció a obtención del apoyo social familiar en los niveles de bajo y medio afrontamiento personal con P\* 0.015, 0.013 respectivamente. Cuadro 15.

**CUADRO 15. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EXPRESION EMOCIONAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCION DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EXPRESION EMOCIONAL	BAJO	N	1	.015
		%	2.6%	
	MEDIO	N	12	.013
		%	31.6%	
	ALTO	N	4	.366
		%	10.5%	
			12	
			31.6%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje expresión emocional se correlaciono con estructuración familiar en los niveles bajo y medio 0.002 (n=4), P\* 0.001 (n=5). Así como en el eje expresión emocional personal y búsqueda de apoyo espiritual familiar, lo cual denota extensas creencias religiosas en las familias encuestadas con P\*0.000. Cuadros 16, 17.

**CUADRO 16. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EXPRESION EMOCIONAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EXPRESION EMOCIONAL	BAJO	N	1	.002
		%	2.6%	
	MEDIO	N	12	.001
		%	31.6%	
	ALTO	N	2	.110
		%	5.3%	
			14	
			36.8%	

**CUADRO 17. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EXPRESION EMOCIONAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EXPRESION EMOCIONAL	BAJO	N	0	.000
		%	0.0%	
	MEDIO	N	12	.000
		%	31.6%	
	ALTO	N	1	.173
		%	2.6%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Expresión emocional personal y movilización familiar para obtener y aceptar ayuda no presentaron asociación o significancia. Cuadro 18.

**CUADRO 18. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EXPRESION EMOCIONAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EXPRESION EMOCIONAL	BAJO	N	3	.655
		%	7.9%	
	MEDIO	N	8	.654
		%	21.1%	
	ALTO	N	6	.366
		%	15.8%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Existió asociación entre afrontamiento personal y familiar en los ejes reestructuración cognitiva con los ejes obtención de apoyo social, reestructuración familiar, búsqueda de apoyo espiritual familiar con valores significantes en todos sus niveles de afrontamiento. Cuadros 19, 20, 21.

**CUADRO 19. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (REESTRUCTURACION COGNITIVA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCIÓN DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
REESTRUC TURACION COGNITIVA	BAJO	N	3	.013
		%	7.9%	
	MEDIO	N	12	.009
		%	31.6%	
	ALTO	N	2	.006
		%	5.3%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 20. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (REESTRUCTURACION COGNITIVA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
REESTRUC TURACION COGNITIVA	BAJO	N	4	.006
		%	10.5%	
	MEDIO	N	9	.003
		%	23.7%	
	ALTO	N	2	.002
		%	5.3%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 21. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (REESTRUCTURACION COGNITIVA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
REESTRUC TURACION COGNITIVA	BAJO	N	3	.057
		%	7.9%	
	MEDIO	N	8	.052
		%	21.1%	
	ALTO	N	2	.019
		%	5.3%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

En el eje reestructuración cognitiva, y el eje movilización familiar para obtener y aceptar ayuda no hubo asociación o significancia. Cuadro 22.

**CUADRO 22. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (REESTRUCTURACION COGNITIVA) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
REESTRUC TURACION COGNITIVA	BAJO	N	3	.203
		%	7.9%	
	MEDIO	N	10	.194
		%	26.3%	
	ALTO	N	4	.079
		%	10.5%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje pensamiento desiderativo se asoció con *obtención del apoyo social*, ( $P^* 0.021$  nivel alto de afrontamiento personal), *reestructuración familiar*,  $0.013$  bajo pensamiento desiderativo,  $0.009$  medio pensamiento desiderativo,  $0.004$  alto pensamiento desiderativo. Cuadro 23,24.

**CUADRO 23. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (PENSAMIENTO DESIDERATIVO) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCIÓN DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJO	N	1	.064
		%	2.6%	
	MEDIO	N	10	.051
		%	26.3%	
	ALTO	N	6	.021
		%	15.8%	
			15	
			39.5%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 24. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (PENSAMIENTO DESIDERATIVO Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJO	N	1	.013
		%	2.6%	
	MEDIO	N	10	.009
		%	26.3%	
	ALTO	N	4	.004
		%	10.5%	
			17	
			44.7%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje pensamiento desiderativo se correlaciono con el rubro búsqueda de apoyo espiritual  $p^*0.047$  en nivel bajo de afrontamiento personal,  $P^*0.040$  en nivel medio de afrontamiento personal. Cuadro 25.

**CUADRO 25. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (PENSAMIENTO DESIDERATIVO) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	BAJO	N	0	.047
		%	0.0%	
	MEDIO	N	9	.040
		%	23.7%	
	ALTO	N	4	.081
		%	10.5%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje evitación de problemas presentó asociación en el nivel bajo y medio de afrontamiento personal para obtención del apoyo social en la familia. Con  $p^* 0.030$  y  $0.014$ . Así mismo con el eje reestructuración familiar en sus tres niveles,  $0.030$  bajo,  $0.019$  medio,  $0.009$  alta evitación de problemas. Cuadro 27,28.

**CUADRO 27. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EVITACION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCION DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EVITACION DE PROBLEMAS	BAJO	N	0	.030
		%	0.0%	
	MEDIO	N	14	.014
		%	36.8%	
	ALTO	N	3	.944
		%	7.9%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 28. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EVITACION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EVITACION DE PROBLEMAS	BAJO	N	3	.030
		%	7.9%	
	MEDIO	N	11	.019
		%	28.9%	
	ALTO	N	1	.009
		%	2.6%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje evitación de problemas y afrontamiento familiar en los ejes búsqueda de apoyo espiritual y movilización familiar para obtener y aceptar ayuda, no presentaron significancia, así como en el eje retirada social y obtención de apoyo social. Cuadros 29,30,31.

**CUADRO 29. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EVITACION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EVITACION DE PROBLEMAS	BAJO	N	2	.378
		%	5.3%	
	MEDIO	N	9	.357
		%	23.7%	
	ALTO	N	2	.179
		%	5.3%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 30. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (EVITACION DE PROBLEMAS) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
EVITACION DE PROBLEMAS	BAJO	N	2	.384
		%	5.3%	
	MEDIO	N	12	.372
		%	31.6%	
	ALTO	N	3	.253
		%	7.9%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 31. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RETIRADA SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCIÓN DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
RETIRADA SOCIAL	BAJO	N	4	.097
		%	10.5%	
	MEDIO	N	12	.075
		%	31.6%	
	ALTO	N	1	.219
		%	2.6%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Se encontró asociación en el eje de evaluación retirada social personal nivel bajo (n=5) 13.2% con P\* 0.034; y nivel medio (n=10) 26.3% con P\* 0.008 con respecto al buen afrontamiento familiar en el eje reestructuración. Cuadro 32.

**CUADRO 32. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RETIRADA SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
RETIRADA SOCIAL	BAJO	N	4	.034
		%	10.5%	
	MEDIO	N	11	.008
		%	28.9%	
	ALTO	N	0	.077
		%	0.0%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

El eje retirada social personal en su asociación con los ejes búsqueda de apoyo espiritual familiar y movilización para obtener y aceptar ayuda no presentaron significancia. Cuadros 33,34.

**CUADRO 33. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RETIRADA SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
RETIRADA SOCIAL	BAJO	N	3	.305
		%	7.9%	
	MEDIO	N	9	.265
		%	23.7%	
	ALTO	N	1	.403
		%	2.6%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 34. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (RETIRADA SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
RETIRADA SOCIAL	BAJO	N	3	.219
		%	7.9%	
	MEDIO	N	12	.210
		%	31.6%	
	ALTO	N	2	.790
		%	5.3%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Existió asociación de afrontamiento personal con afrontamiento familiar en el eje apoyo social en su nivel alto con (n= 14)36.8% con P\* 0.035. Cuadro 35.

**CUADRO 35 .ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (APOYO SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (OBTENCION DE APOYO SOCIAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF**

VARIABLE		OBTENCION DE APOYO SOCIAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
APOYO SOCIAL	BAJO	N	4	.072
		%	10.5%	
	MEDIO	N	8	.067
		%	21.1%	
	ALTO	N	5	.035
		%	13.2%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

Por el contrario en el eje apoyo social en su asociación con reestructuración familiar, obtención del apoyo social y movilización familiar para obtener y aceptar ayuda no existieron significancias.

**CUADRO 36 .ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (APOYO SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (REESTRUCTURACION) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		REESTRUCTURACION		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
APOYO SOCIAL	BAJO	N	2	.127
		%	5.3%	
	MEDIO	N	8	.127
		%	21.1%	
	ALTO	N	5	.343
		%	13.2%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 37. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (APOYO SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
APOYO SOCIAL	BAJO	N	3	.523
		%	7.9%	
	MEDIO	N	5	.527
		%	13.2%	
	ALTO	N	5	.262
		%	13.2%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 38. ASOCIACION ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL (APOYO SOCIAL) Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR (MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

VARIABLE		MOVILIZACION FAMILIAR PARA OBTENER Y ACEPTAR AYUDA		P*
		MAL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	BUEN AFRONTAMIENTO FAMILIAR	
APOYO SOCIAL	BAJO	N	3	.937
		%	7.9%	
	MEDIO	N	6	.937
		%	15.8%	
	ALTO	N	8	.721
		%	21.1%	
			11	
			28.9%	

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

A continuación se muestran las asociaciones y correlaciones del afrontamiento personal y familiar Cuadro 39,40.

**CUADRO 39. ASOCIACIONES ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL Y FAMILIAR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20.**

<b>EJES DE EVALUACION</b>	<b>NIVEL DE AFRONTAMIENTO PERSONAL</b>	<b>P*</b>	<b>OR**ODDS RATIO</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>AUTOCRITICA/OBTENCION DE APOYO SOCIAL</b>	MEDIO /ALTO	0.01	6.60	1.13-43.54
<b>AUTOCRITICA/BUSQUEDA DE APOYO ESPIRITUAL</b>	MEDIO/ALTO	0.01	7.22	1.16-51.65
<b>EXPRESION EMOCIONAL/ OBTENCION DE APOYO SOCIAL</b>	MEDIO/ALTO	0.008	7.20	1.24-47.07
<b>EXPRESION EMOCIONAL/ REESTRUCTURACION</b>	MEDIO/ALTO	0.007	16.80	2.21-165.49
<b>PENSAMIENTO DESIDERATIVO/ REESTRUCTURACION</b>	MEDIO/ALTO	0.0069	7.08	1.31-42.57
<b>EVITACION/REESTRUCTURACION</b>	MEDIO/ALTO	0.027	9.17	0.9-224.07
<b>APOYO SOCIAL /OBTENCION DE APOYO SOCIAL</b>	MEDIO/ALTO	0.046	4.48	0.79-27.81

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

**CUADRO 40. CORRELACIONES ENTRE AFRONTAMIENTO PERSONAL Y AFRONTAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20.**

<b>EJE DE EVALUACION</b>	<b>CORRELACIONES</b>	<b>CORRELACION DE PEARSON</b>	<b>SIG. (BILATERAL)</b>
<b>AUTOCRITICA</b>	EVITACION DE PROBLEMAS	.582**	.000
	RETIRADA SOCIAL	.455**	.004
<b>EXPRESION EMOCIONAL</b>	RESOLUCION DE PROBLEMAS	.554	.000
<b>PENSAMIENTO DESIDERATIVO</b>	REESTRUCTURACION FAMILIAR	.469**	.003
<b>REESTRUCTURACION INDIVIDUAL</b>	OBTENCION DE APOYO SOCIAL	.438**	.006
	REESTRUCTURACION FAMILIAR	.366*	.024
<b>RETIRADA SOCIAL</b>	RESOLUCION DE PROBLEMAS	.369*	.023
	EVITACION DE PROBLEMAS	.469*	.003
<b>OBTENCION DE APOYO SOCIAL</b>	APOYO SOCIAL	.323*	.048
	REESTRUCTURACION FAMILIAR	.339*	.037
	MOVILIZACION FAMILIAR PARA LA ACEPTACION DE AYUDA	.420**	.009
<b>REESTRUCTURACION FAMILIAR</b>	PENSAMIENTO DESIDERATIVO	.469*	.003
	OBTENCION DE APOYO SOCIAL	.339*	.037
	APOYO ESPIRITUAL	.553*	.000
<b>APOYO ESPIRITUAL</b>	PENSAMIENTO DESIDERATIVO	.378*	.019
	APOYO SOCIAL	.354*	.029

\*Fuente de encuestas de pacientes con Fibromialgia de la UMF N° 20

## DISCUSION

El estudio mostro que los pacientes con fibromialgia presentan alto afrontamiento individual sobre todo en los dominios de **Pensamiento Desiderativo**(*estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante*) (n=21) 55.3%; **Resolución de problemas**(*estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce*)(n=19) 50%; **Apoyo Social**(*estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional*)(n=19) 50%.

Así mismo su familiar refiere un adecuado afrontamiento familiar con énfasis en la **Búsqueda de Apoyo Espiritual** representando un 65.8% (n=25).

Además se observó asociación y correlación entre ambos afrontamientos, cabe mencionar que los más significativos fueron: a menor **autocrítica una mayor obtención de apoyo social** con  $P^*0.01$  y **de búsqueda de apoyo espiritual**  $P^*0.01$ .

Una mayor **Expresión emocional se asoció a una mayor obtención de apoyo social** con  $P^* 0.008$ , y de **(reestructuración familiar)** con  $P^* 0.007$ . A mayor **(pensamiento desiderativo mejor reestructuración familiar)** con  $P^* 0.0069$ .

A menor **evitación de problemas mayor reestructuración familiar** con  $P^*0.027$ ,

**A mayor apoyo social individual (redes intrafamiliares)** mayor **obtención de apoyo social** con  $P^* 0.046$ .

De interés encontramos la presencia depresión en más del 95% de los pacientes en diversos grados.

Los resultados obtenidos de la población estudiada, en relación a la edad y sexo fueron predominantes en el sexo femenino 80-90% en la edad de 40 años de edad, este dato es concordante con las últimas estadísticas reportadas en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Fibromialgia realizada por Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Fibromialgia realizada por la Secretaria de Salud en México 2009.<sup>3</sup>

En relación a la variable escolaridad encontramos como la predominante secundaria completa en un 23.7%. Es importante destacar que solo este porcentaje cuenta con la educación media superior, lo cual actúa como factor de riesgo para agravar la enfermedad y mermar el afrontamiento personal de cada paciente. Un estudio informó que los pacientes con un mayor nivel educativo presentan mejor adherencia terapéutica.<sup>20</sup>

Respecto a la variable ocupación, refieren dedicarse al cuidado del hogar en el 39.5%, por lo tanto podemos concluir que más de una tercera parte del total de nuestros pacientes no aporta ingresos extras al hogar, por lo que la solvencia económica se ve afectada de gran manera y depende completamente del familiar con actividad laboral remunerable. Es por ello que los mecanismos de afrontamiento familiar en un cuidador primario pueden causar síndrome de fatiga del cuidador primario como lo describe la revista de Enfermedades Neurológicas de México 2012.<sup>21</sup>

En un estudio de la prevalencia de fibromialgia en 93 pacientes con diabetes mellitus 2 se encontró que el 18% de ellos presentaba fibromialgia siendo este un dato discordante con el obtenido en nuestro estudio en donde encontramos un total de 11 pacientes con fibromialgia pura representando el 28.9% total, y como enfermedad concomitante predominante artritis reumatoide en el 18.4%. (Yanmaz MN, Mert M, Korkmaz M. Rheumatology, 2011).

En relación a la frecuencia de depresión de nuestro estudio se encontraron un total de 37 pacientes con algún grado de depresión, desglosando depresión ligera un total de 10 pacientes, depresión moderada en un 52.6% (n=20), depresión severa en un 15.8 % (n=6). Es de gran interés haber encontrado tal cantidad de pacientes con depresión ya que representan población de riesgo la cual debe ser canalizada de manera oportuna a los servicios correspondientes. En un estudio de casos y controles en donde el objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados con depresión mayor en las personas con fibromialgia en Canadá, se encontró que los pacientes con fibromialgia tenían aproximadamente tres veces más probabilidad de depresión en comparación con los pacientes sin fibromialgia con un 22% de presencia de depresión mayor en ellos<sup>11</sup>. Lo cual puede

explicarse por el componente somático que caracteriza la enfermedad. Un análisis acerca de los factores que intervienen en la depresión en pacientes con fibromialgia, demostró que la depresión está asociada a edad menor, sexo femenino, estado civil soltero, inseguridad alimentaria, cantidad de enfermedades crónicas y limitaciones en las actividades.

Recordemos lo descrito por (Slaikeu,1988) acerca de la enfermedad crónica, el paciente y su familia , denota que durante el diagnóstico de la enfermedad crónica el paciente y la familia se encuentran en un estado temporal de desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para toma de decisiones, invalidez, regresiones. La manera en que se interprete el suceso será determinante para el curso final en la resolución de la crisis, en especial en temas tan importantes como la autoimagen y los planes para el futuro tanto del individuo como de la familia, ya que esta última podría verse en la necesidad de efectuar cambio de roles, adaptaciones conductuales, mientras dure la enfermedad. Habrá cambios en las jerarquías, en las fronteras, en los roles, en el estilo de relación y posiblemente queden espacios vacíos en las funciones familiares, de tal manera que habrá reestructuraciones dentro de la dinámica familiar, con la consecuente repercusión en su organización y funcionamiento (Sucheki,1989).

Así como las etapas del duelo, negación, traslaboraciòn, regateo o pacto, depresión, resignación que tiene que cursar tanto el enfermo como su familia donde dependiendo de la capacidad de afrontamiento tanto personal como familiar serán los resultados y el tiempo que permanezcan en las distintas fases. Kubler-Ross (1969).

Mientras más funcional sea la familia, contará con más recursos para manejar la enfermedad crónica que amenaza la vida de alguno de sus integrantes. Dentro de estos recursos protectores se encuentran la capacidad de autonomía de los diferentes miembros, la existencia o no de límites generacionales claros, el estilo de comunicación, la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus afectos de manera clara y directa, así como si existe un sistema abierto que permita la entrada y salida de información al igual que la creación de relaciones nuevas y

finalmente, su habilidad para resolver problemas y conflictos. (Velasco, Sinibaldi 2001).

Podemos concluir que un paciente que se encuentra con una enfermedad crónica puede presentar un buen afrontamiento personal, integrar situaciones o estrategias de resolución de problemas. Esto dependerá de la resiliencia ante la crisis, sus redes sociales y familiares de apoyo. Se encontró afrontamiento familiar alto en el eje búsqueda de apoyo espiritual con un porcentaje de (n=25) 65.8%; citando el concepto de afrontamiento religioso el cual afrontamiento que emplea creencias religiosas, y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes y facilitar la resolución de problemas (Pargament, 1997). Sugerimos la gran influencia que tiene la ideología de la espiritualidad ante la enfermedad crónica en nuestra población mexicana, la cual guarda un locus de control externo ante la enfermedad.

Se encontraron asociaciones significativas en los siguientes ejes de estudio: Afrontamiento personal (autocrítica) y afrontamiento familiar (obtención de apoyo social) encontrándose una  $p^* 0.01$  concluyendo que a menor autocrítica existe una mayor obtención de apoyo social y búsqueda de apoyo espiritual.

A mayor expresión emocional mayor obtención de apoyo social familiar, con lo cual concluimos que la comunicación clara y directa es necesaria en la familia para la resolución de los eventos estresantes como señala Lazarus y Folkman (1986), citados por Krzemien y otros (2004), “estas habilidades de afrontamiento se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, lo cual facilita la resolución de los problemas en cooperación social”.

Expresión emocional y la reestructuración entendiéndose como estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante, podemos entender que a mayor expresión emocional mayor reestructuración familiar, con lo cual se podría resolver inclusive el evento estresante y con ello disminuir el duelo por pérdida de la salud.

Pensamiento desiderativo y reestructuración familiar también presentaron asociación significativa, concluyéndose que a mayores estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante, mayor presencia de reestructuración familiar a manera de mermar el evento estresante. También a menor evitación de problemas mayor reestructuración familiar.

Apoyo social y obtención de apoyo social familiar presentaron asociación lo cual denota que las redes de apoyo tanto externas como internas son puntapié en el proceso de afrontamiento ante la crisis.

En cuanto al análisis de correlación, se observa la representación cognitiva de la enfermedad (consecuencias, duración e identidad). Entre más perciban los pacientes de manera catastrófica las consecuencias físicas, sociales, económicas y emocionales que la enfermedad crónica acarrea, menos favorable es la percepción de estos respecto a la realización de sus actividades de autocuidado o inclusive actividades físicas cotidianas. Cuando es mayor la sintomatología las perspectivas de salud a futuro son pesimistas y la conducta, estado de ánimo y con ello el afrontamiento personal se ve afectado en estos pacientes.

Dentro de esta investigación se encontraron correlaciones elevadas en la autocrítica personal con la evitación de problemas a nivel familiar, concluyendo que a mayor autocrítica mayor evitación de problemas y retirada social.

A mayor pensamiento desiderativo mayor reestructuración familiar; a mayor reestructuración personal mayor obtención de apoyo social; a mayor obtención de apoyo social por el paciente, mayor movilización familiar para la aceptación de ayuda. Con lo cual reafirmamos la postura de que las familias funcionales contarán con más recursos para afrontar y manejar el diagnóstico de una enfermedad crónica como es la fibromialgia (Casares de Castro, 1990).

En conclusión podemos mencionar que ambos estilos de afrontamiento se correlacionan y en su mayoría los pacientes presentan depresión, no obstante faltaría indagar de manera cualitativa los motivos por los cuales muestran cambios en el estado de ánimo, ampliar la muestra, aplicar la encuesta a más de un familiar, entre otros.

## CONCLUSIONES

- El intervalo de edad de predominios fue de 41-45 años que corresponde a la etapa productiva del ser humano.
- La escolaridad referida en mayor porcentaje fue de secundaria completa en un 23.7%.
- La ocupación predominante fue dedicados al hogar en un 39.5%.
- Se encontró fibromialgia pura en un 28.9% (n= 11).
- La patología concomitante más frecuente referida en estos pacientes fue artritis reumatoide en un 18.4% (n=7).
- El tiempo de diagnóstico de la enfermedad de base predominante de 6-10 años en el 28.6% (n=11).
- Se percibió alto afrontamiento personal ante la enfermedad en las dimensiones: pensamiento desiderativo (55.3%), resolución de problemas (50%), apoyo social (50%).
- Se percibió nivel medio de afrontamiento personal en los ejes evitación de problemas (60.5%), retirada social (55.3%).
- El afrontamiento familiar obtenido en este estudio fue elevado el eje más representativo fue búsqueda de apoyo espiritual (65.8%).
- En relación a la variable depresión encontramos depresión ligera en el 26.3%, depresión moderada en el 52.6%. depresión severa en el 15.8%, y depresión muy severa en el 2.6% de los pacientes estudiados.

Con respecto a la capacidad de afrontamiento del paciente y afrontamiento familiar, se recabaron los siguientes resultados de asociaciones en los 12 ejes de evaluación:

- Nivel medio de Afrontamiento personal (Resolución de problemas) y buen Afrontamiento Familiar (reestructuración familiar) en un 13. 2%.
- Nivel bajo y medio de Afrontamiento personal (autocritica) y buen Afrontamiento Familiar (obtención de apoyo social) en un 10.5% y 13.2 % respectivamente.

- Nivel bajo y medio de Afrontamiento personal (autocritica) y buen Afrontamiento Familiar (reestructuración) en un 15.8% y 13.2 %.
- Nivel bajo y medio de Afrontamiento personal (autocritica) y buen Afrontamiento Familiar (búsqueda de apoyo espiritual) en un 15.8%.
- Nivel bajo y medio de Afrontamiento personal (expresión emocional) y buen Afrontamiento Familiar (obtención de apoyo social) en un 10.5% y 13.2%.
- Nivel bajo y medio de Afrontamiento personal (expresión emocional) y buen Afrontamiento Familiar (reestructuración) en un 10.5% y 13.2 %.
- Nivel bajo y medio de Afrontamiento personal (expresión emocional) y buen Afrontamiento Familiar (búsqueda de apoyo espiritual) en un 13.2% y 13.2 %.
- Nivel bajo, medio y alto de Afrontamiento personal (reestructuración cognitiva) y buen Afrontamiento Familiar (obtención de apoyo social) en un 2.6%, 21.1%, 31.6%.
- Se encontraron correlaciones significativas entre afrontamiento individual con el familiar en los siguientes ejes:
  - Autocritica Personal /evitación de problemas con una  $P^* .000$ , autocritica/retirada social  $P^* 0.004$ , es decir que a menor autocritica personal y culpa ante la enfermedad crónica la crisis será menor.
  - Pensamiento desiderativo/reestructuración familiar  $P^* 0.003$ , es decir que un paciente con más estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante, el cambio de roles para la familia será más fácil.
  - Reestructuración/obtención de apoyo social familiar  $P^* 0.006$ , es decir que a mayor organización familiar ante la crisis que representa la enfermedad podrá obtener mayores redes de apoyo.
  - Obtención de apoyo social personal/movilización familiar para la aceptación de ayuda  $P^* 0.009$ , así mismo tener un sistema familiar con fronteras abiertas que permitan la entrada y salida de información, ayudará con el proceso de readaptación del paciente y su familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Quintero Gómez Iván José,Sánchez Ortiz Ángel Oscar, Rosas Barrientos José Vicente. Frecuencia de la fibromialgia primaria, secundaria y patologías asociadas en el Servicio de medicina de Rehabilitación del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2009; 21:49-55
- 2.-Wolfe F, Smythe HA, Yunus Bennett, Bombardier, Goldenberg , et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of fibromyalgia.Arthritis Rheum 1990; 33:160-172.
- 3.-Benett RM Kamin M Karin R, et al. Tramadol an Acetaminophen combinations tablets in the Treatment of Fibromialgia pain: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Med 2008;114:537-545
- 4.-H. Kipple John. Principios De Las Enfermedades Reumáticas. Arthritis Foundation.8ª Ed. Atlanta.2009.29:188-189.
- 5.-Diccionario de la Real Academia Española. 23.ª edición. Madrid: 2014. Pags. 1028-1029.
- 6.- LazarusRichard S.; FolkmanSusan,"Estrés Y Procesos Cognitivos". Editorial Martínez Roca, Barcelona, 1986. 1:18-39.
- 7.-Rodriguez-Marin Jesús, Pastor MaAngeles, Lopez RoigSodia.: "Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad De Vida Y Enfermedad" Departamento De Psicología De La Salud, Facultad De Medicina Universidad De Alicante.Psicothema 1993.350-355
- 8.-De Tarso Camillo de Carvalho Paulo, Cesar Pinto Leal-Junior Ernesto, Araruna Alves Ana Carolina. Effect of low-level laser therapy on pain, quality of life and sleep in patients with fibromialgia.Trials 2012. 13:221

- 9.-Bordongos Yegros Maria Isabel. "Depresión En Pacientes Con Enfermedad Crónica De Artritis Reumatoidea Revisión". Asuncion, Paraguay 2012,9(1):78-87.
- 10.-Cruz Muñoz Alejandra, Jara Madrigal Marisol, Rivera Mancipe Doris. "Estrategias De Afrontamiento Utilizadas Por Personas Adultas Mayores Con Trastornos Depresivos" Anales en Gerontología,2010. N° 6 /31-49.
- 11.-Fuller-Thomson E, Nimigon-Young J, Brennenstuhl S. Sandra Rotman Chair. Individuals with fibromyalgia and depression: Findings from a nationally representative Canadian survey. Toronto, Canada, Rheumatol Int. 2012 Apr;32(4):853-62.
- 12.-Yanmaz MN, Mert M, Korkmaz M. Rheumatology. The prevalence of fibromyalgia syndrome in a group of patients with diabetes mellitus. Okmeydani Training Hospital, Rheumatol Int. 2011 Jan 8 (6):203-204.
- 13.-Azevedo VF, Paiva ED, Felipe LR, Moreira RA. Occurrence of fibromyalgia in patients with ankylosing spondylitis. Reumatol. 2010 UFPR. Rev Bras December; 50(6):646-650.
- 14.-Wolfe Frederick & Häuser Winfried. Fibromyalgia diagnosis and diagnostic criteria. Annals of Medicine 2011 Nov, 43(7): 495-502.
- 15.-Howard S. Smith MD, Richard Harris PhD and Clauw Daniel. Fibromyalgia: An Afferent Processing Disorder Leading to a Complex Pain Generalized Syndrome. Pain Physician, March-April 2011;14:E217-E245.
- 16.-Brummett Chad M., J. Clauw Daniel and Arbor Ann. Fibromyalgia: A Primer for the Anesthesia Community. NIH (National Institute of Health) October 2011;24(5): 532-539.
- 17.-Berenguer Rafael, Ramos-Casals Manuel, Siso Antoni and Rivera Javier. Classification of fibromyalgia. A systematic review of the literature. Reumatología clínica. 2009;5(2):55-62

18.-Sanchez RJ, Uribe C, Li H, Alvir J, Deminski M, Chandran A, Palacio A. Longitudinal evaluation of health care utilization and costs during the first three years after a new diagnosis of fibromyalgia. Pfizer, Inc., New York, NY, USA. March 2011, 27; (3):663-671

19.-Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, Granero-Molina J, Aguilera-Manrique G, Quesada-Rubio JM, Moreno-Lorenzo C. Benefits of massage-myofascial release therapy on pain, anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia. Department of Nursing and Physical Therapy, University of Almería (UAL), Evid Based Complement Alternat Med. Dec 2010; (11)1-9.

20.-Salinas Cruz Elizabeth, Nava Galán Ma. Guadalupe. "Adherencia Terapéutica.". Revista Enfermedades Neurológicas México. Abril 2012 (2):102-104.

21.-Ruiz Ríos Alma Elizabeth, Nava Galán Ma. Guadalupe. "Cuidadores: Responsabilidades-Obligaciones". Revista Enfermedades Neurológicas México, Marzo 2012; 11(3): 163-169.

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE  
EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**CORRELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN CRISIS, LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DE LA UMF 20**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada. Vallejo 675 col. Magdalena de las salinas México D.F. Delegación G.A.M.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Determinar la correlación entre el funcionamiento familiar en crisis, los mecanismos de afrontamiento personal y la frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgia de la UMF 20.

Procedimientos:

Aplicación de encuestas F-COPES, Escala de Hamilton para depresión, Inventario de Estrategias de Afrontamiento Personal para detectar correlación entre variables en la UMF No. 20

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

El estudio servirá de retroalimentación ya que los resultados obtenidos del presente estudio contribuirán a determinar la presencia de depresión en pacientes con fibromialgia, sus mecanismos de afrontamiento personal y familiar en presencia de crisis, con ello garantizar la evaluación y tratamiento integral por el primer nivel de atención del participante.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes y del expediente clínico electrónico

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud

En caso de colección de material biológico (si aplica):

  
  

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: **Dra. María del Carmen Aguirre García 10859357** Tel 55874422 extensión 15320

---

Colaboradores: **Dra. Duque Gómez Diana Lilia R2MF** Tel 55874422 extensión 15320

---

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

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

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

**Clave: 2810-009-013**

<b>EDAD</b>	
<b>SEXO</b>	
<b>ESCOLARIDAD</b>	
<b>OCUPACION</b>	
<b>ENFERMEDAD DE BASE</b>	
<b>TIEMPO DE DIAGNOSTICO</b>	

<b>FOLIO:</b>				
---------------	--	--	--	--

<p><b>INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>  <b>(Tobin, Holroyd, Reynolds, y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006).</b></p>
<p>Piensa durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo , con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba que ocurrió con detalles como el lugar, quien o quienes estaban implicados, porque le dio importancia y que hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, solo escríbala ya y como se le ocurra.</p>

### INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

*0=En absoluto; 1=Un poco; 2=Bastante; 3=Mucho; 4=Totalmente*

1	Luché para resolver el problema	01234
2	Me culpé a mí mismo	01234
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	01234
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	01234
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	01234
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	01234
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	01234
8	Pasé algún tiempo solo	01234
9	Me esforcé para resolverlos problemas de la situación	01234
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	01234
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	01234
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	01234
13	Hablé con una persona de confianza	01234
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	01234
15	Traté de olvidar por completo el asunto	01234
16	Evité estar con gente	01234
17	Hice frente al problema	01234
18	Me criticqué por lo ocurrido	01234
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	01234
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	01234
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	01234
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	01234
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	01234
24	Oculté lo que pensaba y sentía	01234
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las	01234
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	01234
27	Dejé desahogar mis emociones	01234
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	01234
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	01234
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después	01234
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	01234
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía	01234
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	01234
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	01234
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	01234
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	01234
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	01234
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	01234
39	Evité pensar o hacer nada	01234
40	Traté de ocultar mis sentimientos	01234

## ESCALA F-COPES

### ESCALA DE EVALUACION PERSONAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN SITUACIONES DE CRISIS

**Hamilton I. McCubbin, David H. Olson, Andrea S. Larsen**

**Instrucciones:** Primero lea la lista de “alternativas de respuestas”, una a una. Luego decida que frase describe mejor sus actitudes y conductas en respuesta a sus problemas y dificultades familiares. Si la frase describe muy bien su respuesta, tache el número 5, indicando que está en “MARCADO ACUERDO”, si la frase no describe para nada su respuesta tache el número 1, indicando que usted está en “COMPLETO DESACUERDO”, si la frase describe su respuesta en alguna medida seleccione el número 2, 3 o 4, para indicar que tanto acuerdo o desacuerdo hay entre la frase y su respuesta.

SITUACION ESTRESORA	ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS				
	MARCADO DESACUERDO	MODERADO DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MODERADO ACUERDO	MARCADO ACUERDO
CUANDO EN NUESTRA FAMILIAR ENFRENTAMOS PROBLEMAS O DIFICULTADES , NOSOTROS RESPONDEMOS :					
1.- Compartiendo nuestras dificultades con los parientes	1	2	3	4	5
2.- Buscando estímulo y apoyo en los amigos	1	2	3	4	5
3.- Sabiendo que nosotros tenemos el poder para resolver problemas importantes	1	2	3	4	5
4.- Buscando información y consejo de personas que han enfrentado problemas iguales o parecidos	1	2	3	4	5
5.- Buscando consejo en los parientes (abuelos, tíos, etc.)	1	2	3	4	5
6.- Buscando asistencia en servicios y programas comunitarios diseñados para ayudar a familias en nuestra situación.	1	2	3	4	5
7.- Sabiendo que dentro de nuestra propia familia tenemos la fortaleza para resolver nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5
8.- Recibiendo regalos y favores de los vecinos (comida, que hagan diligencias, etc.).	1	2	3	4	5
9.- Buscando información y consejo del médico de la familia	1	2	3	4	5
10.- Pidiendo a los vecinos ayuda y favores	1	2	3	4	5
11.- Enfrentando los problemas “con la cabeza” y tratando de encontrar soluciones inmediatamente	1	2	3	4	5
12.- Viendo televisión	1	2	3	4	5
13.- Demostrando que somos fuertes	1	2	3	4	5
14.- Asistiendo a los servicios de la iglesia	1	2	3	4	5

SITUACION ESTRESORA	ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS				
CUANDO EN NUESTRA FAMILIAR ENFRENTAMOS PROBLEMAS O DIFICULTADES , NOSOTROS RESPONDEMOS :	MARCADO DESACUERDO	MODERADO DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MODERADO ACUERDO	MARCADO ACUERDO
15.- Asistiendo a los servicios de la iglesia	1	2	3	4	5
16.- Compartiendo las preocupaciones con amigos cercanos	1	2	3	4	5
17.- Viendo en los juegos de suerte un recurso importante para resolver nuestros problemas familiares	1	2	3	4	5
18.- Aceptando que las dificultades aparecen en forma inesperada	1	2	3	4	5
19.- Compartiendo actividades con parientes (salir juntos, comer, etc.).	1	2	3	4	5
20.- Buscando consejo profesional y ayuda para las dificultades familiares	1	2	3	4	5
21.- Creyendo que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas	1	2	3	4	5
22.- Participando en las actividades de la iglesia	1	2	3	4	5
23.- Definiendo el problema familiar en una forma más positiva, de modo que no nos sintamos demasiado desalentados	1	2	3	4	5
24.- Preguntándole a los parientes cómo se sienten ellos con los problemas que nosotros enfrentamos	1	2	3	4	5
25.- Sintiendo que, sin importar lo que hagamos para estar preparados, siempre tendremos dificultad para afrontar los problemas	1	2	3	4	5
26.- Buscando consejo de un sacerdote (o religioso/a)	1	2	3	4	5
27.- Creyendo que si esperamos lo suficiente, el problema desaparecerá por sí solo	1	2	3	4	5
28.- Compartiendo los problemas con los vecinos	1	2	3	4	5
29.- Teniendo fe en Dios	1	2	3	4	5

## ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN – HAMD-6\*1

Subraye la respuesta que más se acerque a su situación de salud

### 1.-ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO

(Sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)

0. Ausente.
1. Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado.
2. Expresa estas sensaciones espontáneamente de forma verbal.
3. Expresa estas sensaciones de manera no verbal. (p.ej., por medio de expresión facial, la postura, la tendencia al llanto).
4. Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal de forma espontánea.

### 2.-SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD

0. Ausente.
1. Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente.
2. Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones.
3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras.

### 3.-TRABAJO Y ACTIVIDADES.

0. No tiene dificultad.
1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.
2. Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
3. Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad.
4. Dejo de trabajar por la enfermedad actual.

### 4.- INHIBICION

(Lentitud en el pensamiento y en el lenguaje; pérdida de la capacidad de la concentración disminución de la actividad motora)

0. Habla y piensa normalmente.
1. Ligera inhibición durante la entrevista.
2. Evidente inhibición durante la entrevista.
3. Entrevista larga y difícil.
4. Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible.

### 5.- ANSIEDAD PSIQUICA

0. Ausente.
1. Tensión subjetiva, irritabilidad.
2. Preocupación por cosas sin importancia.
3. Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje.
4. Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado.

### 6.-SINTOMAS SOMATICOS GENERALES.

0. Ausente.
1. sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza; dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
2. Cualquier síntoma sintomático bien definido se puntúa 2.

TOTAL

NOTA: \*Las versiones en español HDRS con 6, 17 y 21 ítems presentan similares propiedades psicométricas. El buen rendimiento de HDRS-6 justifica su utilización, en medios ambulatorios y en atención primaria.