



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE SALUD Y CIENCIAS SOCIALES

SEDE VIÑA DEL MAR

CAMPUS LOS CASTAÑOS

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PROFESOR GUIA: JONATHAN MARTINEZ LIBANO

PROFESOR TEÓRICO: JOVANIA GALLEGOS BULNES

**PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LA SALUD MENTAL
DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA**

Autoras

Marisol Isabel Jorquera Villarroel

Tahina Andrea Osorno Echenique

Julio del 2024, Viña del Mar, Chile.



Agradecimientos

En el vasto lienzo de mi trayectoria académica, quiero plasmar un sincero agradecimiento a Hernán León Santibáñez. Como un verso que se entrelaza con el viento, su apoyo constante y su amor inquebrantable han sido mi musa en este viaje. En los momentos de tormenta, su presencia ha sido el refugio donde mis palabras encuentran paz y significado.

A ti, compañero de vida, te dedico estas líneas con gratitud y admiración. Que nuestras historias sigan entrelazándose en los capítulos que aún están por escribirse. Cada página, cada palabra, lleva la impronta de tu aliento y la fuerza de tu abrazo.

En los pasillos de la universidad, en las noches de estudio, en los días de incertidumbre, fuiste mi faro. Tu risa, como un eco en el alma, me recordaba que no estaba sola en este viaje. Juntos, tejimos recuerdos que se entrelazan con los hilos dorados del tiempo

En los días de agotamiento, cuando las palabras se resistían a fluir, tu sonrisa era mi inspiración. En las noches de insomnio, cuando los números danzaban en mi mente, tu paciencia me guiaba hacia la claridad. Fuiste mi tabla de salvación en el océano de datos y teorías.

Hoy, al cerrar este capítulo, quiero que sepas que tu apoyo fue más que una nota al pie de página. Fue la melodía que acompañó mis días de estudio, la paleta de colores que iluminó mis gráficos y la razón por la que nunca dejé de luchar.

Gracias Totales, Hernán León Santibáñez.

Marisol Isabel Jorquera Villaroel



Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todas las personas que han estado acompañando mi proceso de investigación y redacción. Principalmente doy gracias a mis padres Andrea Echenique, Jorge Osorno y mi hermana Kiara Osorno, que me enseñaron a nunca darme por vencida y luchar hasta cumplir cada uno de mis sueños.

Agradezco a mis amigos Melanie Salazar, Marco Canio y Dago Videla, por todas esas palabras de aliento y compañía durante todos estos años, especialmente en momentos en los que pensé rendirme, sintiéndome incapaz de cumplir este sueño tan anhelado.

También a mi Doctora María Loreto Maltrana que se interesó por mi tema de investigación e incentivó la culminación de este proyecto.

Por otro lado, agradecer a todos mis docentes de la Universidad de las Américas que me ayudaron a ser quién soy actualmente, con una mención especial a mi modelo y guía el Dr. Psicólogo Jonathan Martínez que gracias a él todo esto ha sido posible.

Y por último y no menos importante, a mi equipo de trabajo del Hogar de niños Arturo Prat, quién durante este periodo de tiempo me han acogido, integrándome como una más del grupo, además de potenciar todas mis habilidades con sus conocimientos y palabras de aliento, entre ellos doy una mención honorable a Ornella de Blasis, Mauricio Méndez, José Ángel Montenegro, José Luis Trincado, Fernanda Ringler y Patricio Ulloa.

Tahina Andrea Osorno Echenique

Resumen

En 1975 la fibromialgia fue reconocida por el Dr. Kahler Hench quien acuñó el término que describe el dolor muscular sin inflamación. Seguido, en 1990 el Colegio Americano de Reumatología (CAR) establece los criterios para clasificación de la fibromialgia, siendo así finalmente en 1993 cuando la OMS reconoce a la fibromialgia como una enfermedad y la tipifica con el código M79. Desde ese entonces que la fibromialgia ha sido fenómeno para estudiarse desde diversas áreas, siendo la Psicología la última rama a estudiarla. En la actualidad encontramos diversos estudios e investigaciones relacionadas a la fibromialgia junto a dolores crónicos y enfermedades reumáticas, quienes han buscado llegar a una respuesta que permita entregarle un mejor pronóstico a las personas que padecen dicha enfermedad, ya que por relatos de los/las pacientes se ha evidenciado diversos diagnósticos en paralelo, siendo entre ellos la mayoría psicológicos y psiquiátricos donde se tratan a los pacientes con antidepresivos e hipnóticos, puesto que entre los principales síntomas que describen, yace los problemas para dormir quienes predominan mayormente por causas subyacentes del padecimiento de los dolores crónicos que entre ellos se debate el cansancio, siendo este mayoritariamente el que más se repite, pero a su vez, le sigue el insomnio. Consecuentemente, el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia y la correlación que existe en la salud mental de los pacientes que padecen de fibromialgia y como objetivo secundario, establecer los posibles factores de riesgos a los que se ven expuestos.

El estudio contempla un enfoque cuantitativo para analizar los datos recolectados mediante entrevistas presenciales en la Clínica del Dolor del hospital Gustavo Fricke y formulario de Google forms que se compartió por redes sociales en los grupos específicos de pacientes diagnosticados



con fibromialgia. Los resultados preliminares indican una correlación los trastornos mentales y la sintomatología de los pacientes con fibromialgia, siendo más prevalente encontrarlo en mujeres que en varones. Por tanto, se concluye que los factores protectores junto a un buen equipo médico que valide y acompañe la sintomatología desde un enfoque en la salud mental podría mejorar considerablemente la intensidad de los dolores crónicos que describen los pacientes.

Palabras clave: “salud mental”; “pacientes”; “fibromialgia”

Abstract

In 1975 fibromyalgia was recognized by Dr. Kahler Hench who coined the term to describe muscle pain without inflammation. Subsequently, in 1990 the American College of Rheumatology (CAR) established the criteria for the classification of fibromyalgia, finally in 1993 when the WHO recognized fibromyalgia as a disease and classified it with the code M79. Since then, fibromyalgia has been a phenomenon to be studied from various areas, with Psychology being the last branch to study it. Currently we find various studies and research related to fibromyalgia along with chronic pain and rheumatic diseases, who have sought to come up with an answer that allows a better prognosis for people who suffer from said disease, since according to patient reports Various diagnoses have been demonstrated in parallel, among them the majority being psychological and psychiatric where patients are treated with antidepressants and hypnotics, since among the main symptoms described are sleeping problems, which predominate mainly due to underlying causes of the condition. chronic pain that includes fatigue, this being the most common, but in turn, it is followed by insomnia. Consequently, the objective of this research was to determine the prevalence and correlation that exists in the mental health of patients suffering from fibromyalgia and as a secondary objective, to establish the possible risk factors to which they are exposed.



The study contemplates a quantitative approach to analyze the data collected through in-person interviews at the Pain Clinic of the Gustavo Frické hospital and a Google forms that was shared on social networks in specific groups of patients diagnosed with fibromyalgia. Preliminary results indicate a correlation between mental disorders and the symptoms of patients with fibromyalgia, with it being more prevalent in women than in men. Therefore, it is concluded that protective factors together with a good medical team that validates and monitors the symptoms from a focus on mental health could considerably improve the intensity of the chronic pain described by patients.

Keywords: “mental health”; “patients”; “fibromyalgia”

I. Introducción:

La Fibromialgia (FM) sigue siendo hoy en día un importante problema de salud pública (Antunes et al., 2022). Esta enfermedad se describe como un trastorno caracterizado por dolor musculoesquelético crónico generalizado que se asocia a otros síntomas somáticos y alteraciones cognitivas, en vista de un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes afectados y es una causa potencial de discapacidad (Sifuentes-Giraldo, et.al, 2017). Entre los malestares que pueden sufrir los pacientes, se encuentra el dolor multifocal, fatiga, insomnio y disfunción cognitiva, destacándose el dolor como elemento predominante; así mismo, la alodinia y la hiperalgesia también serían elementos comunes, junto a una serie de otras quejas somáticas (Duque & Fricchione, 2019). Estudios han relatado sobre un consenso en la comprensión del dolor, identificando que es posible hacer una clara separación entre sus componentes físicos y psicológicos (por ejemplo, ansiedad, expectativas, memoria o atención), resaltando los elementos psicológicos como más relevantes en pacientes que presentan dolor crónico (Cornejo, 2022).



En función de sus crecientes índices de prevalencia entre la población general a nivel mundial, la fibromialgia y el dolor crónico se constituyen en una problemática sanitaria de progresiva importancia (Fernández-Peña, 2015). En un estudio realizado en población adulta, se encontró una prevalencia del 2,2 % de fibromialgia, con un 3,4 % para mujeres y 0,5 % para hombres (Busta-Cornejo, 2019). En 2013, otro estudio de prevalencia de fibromialgia se encontró un índice de 6,4 % para población general, con un 7,7 % en mujeres y 4,9 % en hombres (Suscal Peláez, 2019). En Francia, en estudios sucesivos realizados en población general adulta los años 2009 y 2011 a nivel nacional, se encontró una prevalencia de 1,4 % y 1,6 % respectivamente, con un 2,0% para mujeres y 0,7 % para hombres (Cabo-Meseguer et al., 2017). La prevalencia global de FM alcanza el 2,7%, con una proporción de mujeres y hombres mayores de 31 años; se estima una prevalencia entre 1 a 2% y un alto impacto en la calidad de vida y un alto costo asociado a discapacidad (Ramírez et.al., 2022).

Con relación a comorbilidades, se encontró en un estudio de 2019 que el 94,7% de las pacientes estudiadas padecía al menos una enfermedad diagnosticada además de la fibromialgia, y el 11,4% padecía cinco o más afecciones; en este sentido, las comorbilidades más frecuentes encontradas se destacan como principal la depresión (70%), seguida de colon irritable (52,8%) y cefalea (50,3%) (Lefno & Contreras, 2019). En otro estudio, se determinó la prevalencia de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales en mujeres de 25-60 años diagnosticadas con fibromialgia (Lugo Humean, C. P., & Ortiz, 2020). Se encontró que la mayoría de las mujeres de la muestra presentan baja autoestima, tienden al aislamiento, manifiestan una personalidad nerviosa, ansiosa y depresiva (Lugo-Humean & Ortiz-Mir, 2020). Sin embargo, desde la salud mental se expone que la FM demanda atención, ya que provoca un gran malestar emocional,



considerando la posterior aparición de trastornos psicológicos que, a su vez, pueden empeorar los síntomas o incluso alterar la percepción del dolor (Horta-Baas & Romero-Figueroa, 2019).

Como se puede observar en los estudios anteriores, la fibromialgia es una enfermedad compleja que ha sido asociada a síntomas psicopatológicos los cuales, en la mayoría de los casos, influyen en el origen y/o desarrollo de la enfermedad, destacándose la depresión como la variable más estudiada; sumado a esto, otra característica psicopatológica altamente relacionada a la fibromialgia es la alexitimia (Nestares et. al., 2021). Este último, es descrito como una característica de la personalidad en la cual se presenta dificultad para identificar y verbalizar emociones; en este sentido, la persona no tiene suficiente capacidad de identificar sentimientos debido a la interiorización de las emociones, que al procesarlos puede desenlazar como medio de expresión en síntomas físicos (Cabo-Meseguer, 2020). Uno de los pocos estudios de Latinoamérica realizado en Chile, reportó una frecuencia de alexitimia del 10% en la población fibromiálgica estudiada (Nestares et. al., 2021).

En cuanto a la perspectiva de género, existen diversos debates acerca del reconocimiento tardío de la enfermedad al ser mayormente de prevalencia femenina, se discute la elección sesgada de los criterios de diagnóstico y la mayor susceptibilidad de las mujeres con base en su rol social, la vivencia y expresión diferencial de los síntomas por parte de hombres y mujeres, el deterioro del autoconcepto y satisfacción personal de mujeres con fibromialgia, además de las dificultades de acceso y credibilidad que tienen ellas en las consultas médicas (Sánchez, 2022). Respecto a la realidad de los hombres, si bien son minoría en la enfermedad, se reporta un peor manejo psicológico en relación con las mujeres (Danet et al., 2016).

Debido a que la fibromialgia es difícil de diagnosticar, causante de mucho dolor y estrés, genera en quienes lo padecen incertidumbre, miedo, desesperación y preocupación por el estado

de salud a futuro (Marin-Chaman, 2021). Basado en esto es que en países como Uruguay y España han implementado políticas públicas para FM, enfocándose principalmente en una atención de salud integral y planes de reinserción laboral, sin embargo, en Chile aún no existe la incorporación de esta enfermedad en ninguno de sus programas, limitando el acceso de un tratamiento adecuado para los y las pacientes diagnosticados con esta enfermedad (Ramírez Robles et al., 2022).

En consecuencia, de todo lo anteriormente expuesto, es que el objetivo de esta investigación es indagar sobre la prevalencia y relación entre trastornos de salud mental y fibromialgia en mujeres adultas.

II. Materiales y Métodos

2.1.- Diseño Estudio

El presente estudio utilizó un diseño de tipo cuantitativo transversal descriptivo, aplicado en mujeres con fibromialgia del Servicio de Reumatología del Hospital Doctor Gustavo Fricke y en la Clínica del Dolor del Hospital Doctor Gustavo Fricke, Chile. Fue cuantitativo, (Milán, M.J.R. 2018), dado que se realizó en la aplicación de instrumentos psicométricos cuantitativos con el fin de conocer la prevalencia y correlación de la salud mental en pacientes diagnosticados con fibromialgia. A su vez es transversal (Ortega, C., 2018), dado que se aplica en un momento y en una muestra determinada, en un único periodo de tiempo.

El diseño lo escogimos cuantitativo, ya que este enfoque se basa en la medición y análisis numérico de variables, lo que nos implica en esta investigación recopilar datos cuantitativos sobre sus síntomas, calidad de vida, etc. Es una investigación transversal porque nos permite observar una o más variables en un momento específico en un solo punto de tiempo. Es descriptivo ya que nos permite describir aspectos relevantes de los pacientes diagnosticados con fibromialgia en Chile.

2.2.- Muestra

La muestra de esta investigación fue por conveniencia, muestreo intencional, no probabilístico (Ortega, C. 2018), dado que nuestro propósito fue realizar una encuesta a pacientes diagnosticadas con fibromialgia y contempló una muestra de **304** personas, de las cuales, 13 (4,3%) corresponden al género masculino y el 291(95,7%), corresponden al género femenino. La media de la edad de la muestra fue de 55,07 años, (SD= 0,658), la mediana 3,00, moda 3, la varianza 0,433.

Los criterios de inclusión de esta investigación fueron, pacientes mayores de edad, que al momento de responder el formulario debían estar diagnosticados con fibromialgia o alguna otra enfermedad reumatológica. Además, ser mayor de 30 años, que resida en Chile, con una educación básica para saber leer y escribir, aceptando el consentimiento informado que contara con disponibilidad y disposición en responder todas las preguntas y que, a su vez, no se encontrase embarazada o lactando.

Y la exclusión contemplaba todo lo contrario, con una edad menor a 30 años, sin ser diagnosticado con fibromialgia o alguna enfermedad reumatológica, sin saber leer ni escribir y que, además, no aceptara el consentimiento informado, que no contase con disponibilidad ni disposición en responder el formulario y que se encontrase embarazada o lactando.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Edades +30 años	Edad -30 años
Sintomatología o Diagnóstico de Fibromialgia	Sin síntomas u otra patología diagnóstica
Nacionalidad Chile	Nacionalidad Extranjera

Educación: que sepa leer y escribir	Que no sepa leer ni escribir
Consentimiento informado	Sin consentimiento informado
Disponibilidad y disposición	No disponibilidad ni disposición
No embarazadas y no lactantes	Embarazadas y lactantes

N.: Datos desarrollados por las investigadoras

2.3.- Procedimiento para la recopilación de datos

Esta investigación surge a partir de diversas etapas. En un primer momento se revisó las referencias actualizadas de Salud mental en las mujeres diagnosticadas con Fibromialgia, a partir de esto, se elaboraron las hipótesis de nuestra investigación, luego de esto, se seleccionaron las escalas de medición psicológicas para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés, luego se subieron a un Google forms en donde se cargaron, variables sociodemográficas y otras variables de interés tales como la concurrencia psiquiátrica, el tratamiento farmacológico, el nivel de estudios. Se escogieron escalas con respuestas tipo Likert.

Los instrumentos psicométricos que se procedió a administrar fueron las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12), Escala Okasha. Se consideraron criterios de exclusión: presentar dificultades de comprensión oral y/o escrita, Se seleccionaron los pacientes que cumplían criterios de FM en los dos servicios mencionados con anterioridad y que mostraron su conformidad en participar en el estudio.

Una vez finalizado, la recolección de datos fue a través de bola de nieve (Velázquez, A. 2018) con la implementación de un formulario de Google Forms que utilizó la escala Likert. Las encuestas fueron distribuidas de 2 maneras: La primera fue compartir el formulario en los grupos de Facebook y en grupos de whatsapp de pacientes con Fibromialgia que residen en Chile, y la



segunda manera fue acudir de manera presencial a la Clínica del Dolor y el Servicio de Reumatología del Hospital Dr. Gustavo Fricke. La coordinación de esta última fue solicitar permiso directamente con el Doctor Sebastián Córdoba a cargo de la clínica, quién nos permitió acceder a la espera de las pacientes en diversos horarios distribuidos a lo largo de la semana. Para la recolección de datos, nos acercábamos directamente a los pacientes, presentando la investigación, el objetivo de esta y el fin de llevarse a cabo, para demostrar que era algo fiable y confiable. A su vez, se informaba previamente sobre la confidencialidad de los datos de forma anónima que se anticipaba previamente a un consentimiento informado en el cual se accedía a leerse en conjunto o permitir que las pacientes diagnosticadas con Fibromialgia pudiesen leerlo de manera personal.

2.4.- Descripción Instrumentos

El presente estudio contempló la aplicación de varios instrumentos:

Depression Anxiety and Stress Scale DASS-21

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es una herramienta de evaluación psicológica utilizada para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés en las personas, siendo validada en Chile en el año 2012 (Antúnez, Zayra, & Vinet, Eugenia V. 2012).

La escala DASS-21 consta de tres subescalas de autoinforme diseñadas para evaluar la intensidad y frecuencia de la ansiedad (7 ítems), la depresión (7 ítems) y el estrés (7 ítems). El sistema de puntuación oscila entre 0 y 3, representando la evaluación de la semana anterior (que va desde "no me corresponde en absoluto" hasta "mayoritariamente aplicable a mí"). La escala de depresión evalúa los sentimientos de tristeza, vacío, autocrítica, pérdida de interés e incapacidad para experimentar placer. La escala de ansiedad evalúa los síntomas psicológicos y físicos del miedo, la activación del sistema nervioso autónomo, la ansiedad en determinadas situaciones y la experiencia personal del individuo de sentirse preocupado (20). La puntuación de la escala se



determina sumando las puntuaciones de los ítems relacionados, que van de 0 a 21. El puntaje de la escala tiene un coeficiente de confiabilidad (Alfa Cronbach) de 0,979 para la población chilena. En este caso, se calculó que el coeficiente alfa de Cronbach era $\alpha = 0,979$, mientras que el coeficiente omega se determinó que era $\omega = 0,950$. Los umbrales para la escala de depresión se fijaron en 5 puntos, mientras que la escala de ansiedad y la escala de estrés tuvieron umbrales de 5 puntos y 8 puntos respectivamente (totalizando 20 puntos). Los diferentes niveles de depresión se clasifican de la siguiente manera: "sin depresión" (0-4), "depresión leve" (5-6), "depresión moderada" (7-10), "depresión severa" (11-13) y "depresión extremadamente severa" (≥ 14). Los niveles de ansiedad se categorizan de la siguiente manera: "sin ansiedad" (0-3), "ansiedad leve" (4), "ansiedad moderada" (5-7), "ansiedad severa" (8-9) y "ansiedad extremadamente severa" (≥ 10). Los niveles de estrés se clasifican de la siguiente manera: "sin estrés" (0-7), "estrés leve" (8-9), "estrés moderado" (10-12), "estrés severo" (13-16) y "estrés extremadamente severo" (≥ 17).

La escala a la que pertenece cada artículo está indicada por las letras D (Depresión), A (Ansiedad) y S (Estrés). Para cada escala (D, A & S) se sumaron las puntuaciones de los ítems identificados. Debido a que el DASS 21 es corto, (el Formulario Largo tiene 42 ítems), la puntuación final de cada uno de los grupos de elementos (Depresión, ansiedad y estrés) debe multiplicarse por dos ($\times 2$). Una vez multiplicado por 2, cada puntaje puede ahora ser transferido a la hoja de perfil DASS, permitiendo comparaciones que se harán entre las tres escalas y también dando rango percentil y severidad. (Tabla 1.)

Tabla 1.-

Comparación entre escalas.

SEVERIDAD	DEPRESIÓN	ANSIEDAD	ESTRÉS
AD	N		
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderada	14-20	10-14	19-25
Severa	21-27	15-19	26-33
Extremada mente Severa	28+	20+	34+

N: Los resultados estadísticos fueron desarrollados por las investigadoras utilizando el spss.

Para averiguar la fiabilidad, se ha calculado el coeficiente de Cronbach. Se ha encontrado un valor de 0,979.

Algunas preguntas que se realizan fueron:

Depresión (D):

(3) Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo

(5) Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas

Ansiedad (A):

(4) Se me hizo difícil respirar

(7) Sentí que mis manos temblaban

Estrés (S):



(1) Me costó mucho relajarme

(6) Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones

Escala de Suicidalidad OKASHA

El cuestionario de suicidalidad de Okasha detecta el riesgo suicida en población adolescente y adulta, lo cual puede ser utilizado por cualquier profesional de la salud. Además, es una escala muy fácil de evaluar, detectando el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico previo. La confiabilidad de esta escala en el Alfa de Cronbach en la población chilena es apropiada ($\alpha=0,8934$), y cuenta con una inclusión en el programa nacional de prevención del suicidio del MINSAL. Esta escala diseñada por Okasha, es autoadministrada, tipo Likert, formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran pensamiento o ideación suicida y el cuarto consulta sobre algún intento de suicidio. La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad.

Debido a su buen poder predictivo, fácil administración y poco tiempo requerido, el instrumento resulta bastante idóneo para ser utilizado en contextos como la atención primaria de salud, comunidad o contexto de ser necesario, donde la detección oportuna del riesgo y la adecuada derivación son de vital importancia, especialmente en una población donde dicho riesgo ha sido muchas veces invisibilizado y por ende no abordado hasta cometerse el acto propiamente tal.

Aquí algunas de las preguntas del cuestionario

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?



¿Has deseado alguna vez estar muerto?

¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?

¿Has intentado suicidarte?

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12).

Es un cuestionario autoadministrado de 12 ítems que evalúa la salud mental, el estado de bienestar general y los síntomas emocionales, psiquiátricos no patológicos. Una puntuación más alta indica un mayor grado de sintomatología emocional, psiquiátrica no patológica. En cuanto a las puntuaciones, una puntuación de 12 o superior puede indicar que la persona está sufriendo un trastorno emocional no patológico, en donde es utilizado en esta investigación para identificar la gravedad de los trastornos psiquiátricos menores en pacientes con fibromialgia.

Se utilizó el método Likert, (mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual, mucho menos que lo habitual o no, en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual) con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems. El análisis de los ítems de esta escala indica que ella se refiere a indicadores de salud mental auto percibida y, en este sentido, ofrece también una evaluación de este aspecto del bienestar psicológico, aunque no contempla otros elementos como la evaluación cognitiva sobre la propia vida que incluye la satisfacción con el logro de metas; ni los aspectos de la esfera emocional, evaluando la presencia de aspectos positivos y negativos y su relativo predominio, que es, a nuestro juicio, lo que determina la presencia de un determinado nivel de bienestar. Para averiguar la fiabilidad, se ha calculado el coeficiente de Cronbach. encontrado un valor de 0,923



Algunas preguntas del Cuestionario GHQ-12:

¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Variables sociodemográficas. En esta sección se realizaron preguntas para poder caracterizar a la muestra, las preguntas de esta sección fueron; edad, sexo, etnia, género, nivel educativo, estado civil, número de persona que viven en la misma casa, situación laboral, número de hijos, etc.

Variables de Interés: Las variables de interés se realizaron a través de preguntas cerradas con respuestas dicotómicas de SI/NO, dentro de las preguntas realizadas estuvieron:

- 1.- He estado/estoy en tratamiento psicológico
- 2.- Siento que mis dolores son incontrolables,
- 3.- La fibromialgia ha limitado mi vida
- 4.- Sin la fibromialgia mi vida sería mucho mejor.
- 5.- La fibromialgia me ha cambiado la vida
- 6.- Hablar con más personas que tiene fibromialgia me hace bien
- 7.- Compartir experiencias con otras personas que padecen fibromialgia me hace sentir comprendida y esperanzada.

2.5.- Análisis Estadísticos

En este estudio, se aplicaron múltiples técnicas estadísticas para analizar los datos. Estos fueron realizados en primera instancia con el programa Excel e inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo, las medidas de tendencia central, donde se calcularon las medias y desviaciones estándar para todas las variables de interés, proporcionando una comprensión básica de la distribución de los datos. Posteriormente, se recodificaron numéricamente los resultados para utilizar el programa SPSS, donde se analizó la comparación de medias de las diferentes variables a través de una prueba T de Student de una muestra independiente en variables dicotómicas y ANOVA de un factor de 2 o más variables. Estas **pruebas estadísticas** que realizamos en ANOVA de un factor fueron para comparar las medias de tres o más grupos independientes para investigar las diferencias significativas entre las variables. Estos análisis permitieron determinar si existían variaciones estadísticamente significativas en las medidas clave entre los diferentes grupos de participantes. Para explorar más a fondo las relaciones entre las variables, se realizó un análisis de regresión logística utilizando el método hacia adelante basado en la razón de verosimilitud (LR). Este enfoque permitió identificar las variables que contribuían de manera significativa a la predicción del resultado de interés, seleccionándolas de manera interativa para su inclusión en el modelo. Una vez identificadas las variables significativas, se procedió a realizar una regresión logística utilizando el método de inclusión. Este paso final en el análisis de regresión logística permitió evaluar el impacto conjunto y las relaciones entre las variables seleccionadas en relación con la variable dependiente. El ajuste del modelo final de regresión logística se evaluó mediante el programa SPSS luego de trabajar la primera base de datos en Excel se subió la plantilla al programa para realizar todo el análisis de datos complejo. Se aplicó regresiones logísticas para evaluar la



relación entre variables predictoras y la presencia de depresión, ansiedad, estrés y riesgo suicida en mujeres con fibromialgia.

Además, Se calculo la consistencia interna y correlación de las variables a trabajar, utilizando el coeficiente de alfa Cronbach, midiendo con esto la fiabilidad de un conjunto de ítems o preguntas de los instrumentos aplicados. Se analizó las relaciones entre variables utilizando el índice de correlación de Pearson. Este coeficiente mide la fuerza y dirección de la relación lineal entre dos variables.

Se realizó un análisis de regresión logística, calculando coeficientes B (no estandarizados) para las variables predictoras, evaluando la significancia de los coeficientes utilizando valores p y Exp.B (exponencial del coeficiente). y se calculó intervalos de confianza (95% C.I.) para los coeficientes.

Con la correlación de Pearson, se analizó la relación entre el uso de redes sociales y los niveles de obsesión por ellas, también evaluamos la cantidad de redes sociales utilizadas y las horas de uso al día.

RESULTADOS

3.1 Características de los participantes

Los sujetos eran 95,7% mujeres, 4,3% hombres. La tendencia sexual fue de 95,7% heterosexuales, 2% homosexuales, 1,3 bisexuales y 0,7% otros (Tabla 1). La edad más frecuente fue la categoría de 40 a 59 años (0,61%), seguida por 60 a 79 años (29,9%), luego de 26 a 39 años (6,6%), de 18 o 25 años (1,6%), de 80 y más años (1,3%). La nacionalidad chilena fue la más prevalente con un 96,1% mientras que los extranjeros constituyeron el 3,9%. El estado civil de los participantes correspondió a 61,7% a casado/a, a17,8% a divorciado/a, a 9,9% soltero/a, a 8,6%

viudo/a 2,0% a conviviente civil y otros. La mayor parte de la muestra respondió a estar en pareja siendo el 62,8%, mientras que el 36,9% dice no estar en pareja y un 0,3% respondió a otros. Los participantes que viven con familia represento a un 56,5% de los sujetos, quienes viven con pareja a un 16,8%, quienes viven solos a un 8,2%, quienes viven con hijos a un 5,1% y quienes viven con amigos a un 3,1% de la muestra. En cuanto a si tienen hijos un 42.1% a tener solo un hijo, un 33,6% a tener dos hijos, un 9,5% a tener tres hijos, un 2,0% a tener cuatro o más hijos y un 12,8% respondió a sin hijos. En términos de regiones la mayor parte se concentró en la zona centro con un 93,3%, seguido de la zona norte con un 1,7% y finalmente la zona sur con un 5,0% de la muestra. En el nivel máximo de estudios el 28,3% completo hasta la enseñanza media, el 21,7% la educación superior técnica, seguida del 43,1% de la educación superior universitaria y el 1,0% completo la educación superior con posgrado. En la categoría de principal actividad el 48,3% son trabajadores, 24,1% estudiantes de pregrado, 9,9% son trabajadores y estudiantes de pregrado, 63,8% son trabajadores y estudiantes de posgrado, como también un 3,3% son personas desempleadas, 19,5% son dueñas de casa, 0,3% son solo estudiantes de posgrado, el 0,3% no trabajan ni estudian y por último el 2,6% respondió otro. Con respecto al ingreso económico mensual familiar un 15,5% dice tener un ingreso menor a \$500.000, un 71,7% dice tener ingresos entre \$500.000 a \$1.000.000, un 8,9% dice tener un ingreso de \$1.000.000 a \$1.500.000, un 0,3% dice tener un ingreso de \$1.500.000 a \$2.500.000 y un 0,7% dice tener un ingreso de más de \$2.500.000.

Tabla 2.

		Género			
		Género	Numérico	Femenino	Masculino
N	Válido	0	304	304	304

	Perdidos	305	1	1	1
	Media		1,04	0,96	0,04
	Mediana		1,00	1,00	0,00
	Desv.		0,203	0,203	0,203

estándar

2.- Estadística descriptiva de depresión, ansiedad, estrés.

Depresión

Los datos sobre el grado de depresión en la muestra analizada, con 304 observaciones válidas, muestran una media de 3,13 y una mediana de 3,00, con una desviación estándar de 1,337. Esto indica que, en promedio, los individuos presentan un nivel moderado de depresión, y la mayoría de los valores están cerca del valor central (mediana). La desviación estándar relativamente baja sugiere que los niveles de depresión entre los individuos no varían drásticamente, lo que implica una distribución bastante homogénea alrededor de la media. Sin embargo, es importante tener en cuenta que hay una pequeña variabilidad, lo que refleja que algunas personas pueden experimentar niveles más altos o bajos de depresión. La mayoría de los pacientes (50,3%) no presentan síntomas significativos de depresión, un 25,6% de los pacientes presentan síntomas de depresión leve a moderada, lo que indica una necesidad potencial de intervenciones preventivas, un 24,2% de la muestra experimentan síntomas severos a extremadamente severos, lo que sugiere una necesidad urgente de apoyo psicológico y posiblemente médico. (Tabla 3)

Ansiedad

En cuanto a la ansiedad, con 304 observaciones válidas, la media se sitúa en 3,49 y la mediana en 3,00, con una desviación estándar de 1,367. Esto sugiere que la ansiedad promedio es ligeramente superior al nivel de depresión y se mantiene en un nivel moderado. La mediana indica que la mitad de la población tiene un grado de ansiedad igual o menor a 3, mientras que la otra mitad tiene grados mayores. La desviación estándar es similar a la de la depresión, indicando una dispersión moderada en los niveles de ansiedad entre los individuos. Esto señala que, aunque hay diferencias en los grados de ansiedad, la mayoría de los valores no se desvían significativamente de la media.

Más de la mitad de la población (55.2%) no muestra síntomas significativos de ansiedad. Y en el grado Leve a Moderada: Un 23.6% presenta síntomas de ansiedad leve a moderada, lo que podría afectar su bienestar diario y requerir atención. En el grado de **Severa a Extremadamente Severa**: Un 21.2% experimenta ansiedad severa a extremadamente severa, indicando una necesidad crítica de intervenciones terapéuticas. (Tabla 3)

Estrés

El análisis del grado de estrés muestra que, de las 304 observaciones válidas, la media es de 2,54, la mediana es de 2,00, y la desviación estándar es de 1,352. Comparado con la depresión y la ansiedad, los niveles de estrés son ligeramente menores. La mediana de 2,00 indica que al menos la mitad de los individuos experimentan un nivel bajo a moderado de estrés. La desviación estándar de 1,352 sugiere una variabilidad moderada en los niveles de estrés, indicando que mientras algunos individuos pueden experimentar niveles significativos de estrés, la mayoría se encuentra en niveles más bajos. En el grado Normal, La mayoría de los individuos (66.7%) no

presentan niveles significativos de estrés. En el grado Leve a Moderada un 20.2% muestra síntomas de estrés leve a moderado, lo que podría impactar su calidad de vida y rendimiento. En el grado Severa a Extremadamente Severa un 13.1% experimenta estrés severo a extremadamente severo, lo que sugiere la necesidad de estrategias de manejo del estrés y apoyo psicológico. (tabla 3).

Tabla 3.

Estadístico Descriptivo Depresión, Ansiedad, Estrés

		Grado	Grado	Grado
		Depresión	Ansiedad	Estrés
N	Válido	304	304	304
	Perdidos	1	1	1
Media		3,13	3,49	2,54
Mediana		3,00	3,00	2,00
Desv. Estándar		1,337	1,367	1,352

N: datos Estadísticos descriptivos de depresión, ansiedad y estrés generados por las investigadoras utilizando spss.

Análisis de la Tabla 3.

La mayoría de la población se encuentra en el rango “Normal” para depresión, ansiedad y estrés, lo cual es positivo. Sin embargo, hay una proporción significativa de pacientes que experimentan síntomas desde leves hasta extremadamente severos en estas áreas. Esto resalta la importancia de implementar programas de salud mental para una población que padece la patología

de fibromialgia, programas de prevención y tratamiento para abordar la salud mental de manera integral. (tabla 4)

Tabla 4.- Grados de Depresión, Ansiedad y Estrés

Grado	Depresión		Ansiedad		Estrés	
	n	%	n	%	n	%
Normal	21	50.	24	55.	29	66.
	9	3	0	2	0	7
Leve	42	9.7	35	8.0	43	9.9
Moderada	69	15.	68	15.	45	10.
		9		6		3
Severa	39	9.0	30	6.9	34	7.8
Extremadamente Severa	66	15.	62	14.	23	5.3
		2		3		

3.- Correlaciones

Las correlaciones en la tabla presentan varias relaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las escalas de evaluación psicológica. La edad muestra correlaciones negativas con la depresión ($r = -0.113$), la ansiedad ($r = -0.138$), el estrés ($r = -0.108$) y la ideación suicida ($r = -0.110$), sugiriendo que a medida que las personas envejecen, es menos probable que experimenten estos problemas. Los ingresos también tienen correlaciones negativas con la depresión ($r = -0.165$), la ansiedad ($r = -0.220$), el estrés ($r = -0.200$), el intento suicida ($r = -0.109$)



y la ideación suicida ($r = -0.132$), indicando que mayores ingresos están asociados con menores niveles de estas dificultades.

La depresión, la ansiedad y el estrés están fuertemente correlacionados entre sí, con valores de $r = 0.640$, $r = 0.710$ y $r = 0.785$, respectivamente, lo que señala que estos estados a menudo coexisten. La escala Okasha, que mide la suicidabilidad, también muestra altas correlaciones con estas tres variables, y especialmente con la ideación suicida ($r = 0.984$), subrayando la conexión entre la salud mental y la propensión al suicidio.

El bienestar total está negativamente correlacionado con la depresión ($r = -0.558$), la ansiedad ($r = -0.382$), el estrés ($r = -0.405$) y la suicidabilidad ($r = -0.514$), destacando que un mayor bienestar general se asocia con menores problemas psicológicos.

Las correlaciones sugieren una interrelación significativa entre factores demográficos, socioeconómicos y psicológicos. La edad y los ingresos parecen ser factores protectores, ya que están negativamente correlacionados con la depresión, la ansiedad, el estrés y la suicidabilidad. Esto puede deberse a una mayor estabilidad emocional y financiera en personas mayores y con mayores ingresos.

La fuerte correlación entre la depresión, la ansiedad y el estrés sugiere que estos problemas suelen presentarse juntos, lo cual es consistente con la literatura psicológica que indica una alta comorbilidad entre estos trastornos. Por tanto, las intervenciones deben considerar abordar múltiples problemas simultáneamente.

La escala Okasha y su alta correlación con la ideación suicida refuerza la necesidad de prestar atención a las señales de suicidabilidad en personas con altos niveles de depresión, ansiedad

y estrés. Esto subraya la importancia de una intervención temprana y exhaustiva para prevenir conductas suicidas.

El bienestar general y su relación negativa con problemas psicológicos y la suicidabilidad sugieren que mejorar el bienestar podría ser una estrategia efectiva para reducir estos problemas. Las intervenciones que aumentan el bienestar, como el fortalecimiento de las redes de apoyo social y el fomento de actividades saludables, podrían tener un impacto positivo significativo en la salud mental de los individuos.

En resumen, los datos subrayan la importancia de considerar una combinación de factores demográficos, socioeconómicos y psicológicos en el diseño de intervenciones para mejorar la salud mental y prevenir el suicidio (Tabla 5).

Tabla 5.- Correlaciones

Correlaciones												
	Edad	¿Tiene hijos?	Principal Actividad	Ingreso	Total Escala MOGQ	Escala Total Depresión	Escala Total Ansiedad	Escala Total Estrés	Total Okasha	Intento Suicida	Ideación Suicida	Total Escala Bienestar.
Edad	1	,299**	-,129**	,169**	-,153**	-,113*	-,138**	-,108*	-,104*	-0,050	-,110*	-,100*
¿Tiene hijos?	,299**	1	-0,034	0,035	-0,084	-0,051	-0,004	-0,009	-0,040	0,005	-0,049	-0,008
Principal Actividad	-,129**	-0,034	1	-0,080	0,084	0,074	0,039	0,048	-0,052	-0,059	-0,047	0,008
Ingreso	,169**	0,035	-0,080	1	-0,089	-,165**	-,220**	-,200**	-,135**	-,109*	-,132**	,212**
Total Escala MOGQ	-,153**	-0,084	0,084	-0,089	1	,234**	,205**	,253**	,148**	,117*	,145**	-0,010
Escala Total Depresión	-,113*	-0,051	0,074	-,165**	,234**	1	,640**	,710**	,639**	,434**	,642**	-,558**
Escala Total Ansiedad	-,138**	-0,004	0,039	-,220**	,205**	,640**	1	,785**	,485**	,417**	,465**	-,382**
Escala Total Estrés	-,108*	-0,009	0,048	-,200**	,253**	,710**	,785**	1	,467**	,386**	,451**	-,405**
Total Okasha	-,104*	-0,040	-0,052	-,135**	,148**	,639**	,485**	,467**	1	,760**	,984**	-,514**
Intento Suicida	-0,050	0,005	-0,059	-,109*	,117*	,434**	,417**	,386**	,760**	1	,633**	-,362**
Ideación Suicida	-,110*	-0,049	-0,047	-,132**	,145**	,642**	,465**	,451**	,984**	,633**	1	-,514**
Total Escala Bienestar.	-,100*	-0,008	0,008	,212**	-0,010	-,558**	-,382**	-,405**	-,514**	-,362**	-,514**	1

** La correlación es significativa en el nivel 0,01

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).



La regresión logística para predecir la depresión en mujeres con fibromialgia revela varios factores significativos. Las variables que resultaron ser significativas incluyen la baja autoestima, la ansiedad, el estrés y el riesgo de suicidio. Específicamente:

La baja autoestima tiene una fuerte asociación con la depresión ($\text{Exp}(B) = 22.500$, $p < 0.001$).

La ansiedad también está fuertemente asociada con la depresión ($\text{Exp}(B) = 25.785$, $p < 0.001$).

El estrés muestra una relación significativa con la depresión ($\text{Exp}(B) = 5.043$, $p = 0.049$).

El riesgo de suicidio es un predictor significativo de la depresión ($\text{Exp}(B) = 22.772$, $p = 0.011$).

Curiosamente, no dejar de mirar el celular está asociado con una menor probabilidad de depresión ($\text{Exp}(B) = 0.122$, $p = 0.002$).

Los resultados del análisis indican que varios factores psicológicos y comportamentales son importantes para entender la depresión en mujeres con fibromialgia. La baja autoestima emerge como un predictor muy fuerte de la depresión, sugiriendo que las mujeres con fibromialgia que tienen una baja percepción de sí mismas están en un mayor riesgo de desarrollar depresión. Intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima podrían ser particularmente efectivas para este grupo.

La ansiedad y el estrés también son predictores significativos, lo que no es sorprendente dado que estos estados emocionales a menudo coexisten con la depresión. Esto resalta la necesidad de abordar tanto la ansiedad como el estrés en los programas de tratamiento para mujeres con



fibromialgia, posiblemente mediante técnicas de manejo del estrés y terapias cognitivo-conductuales.

El riesgo de suicidio es otro factor crítico, lo que subraya la gravedad de la situación para algunas mujeres con fibromialgia. Este hallazgo indica que es crucial monitorear y apoyar a estas mujeres para prevenir posibles intentos de suicidio.

El hallazgo de que no dejar de mirar el celular se asocia con una menor probabilidad de depresión es interesante y podría implicar que la distracción o la conexión social a través del uso del celular tiene un efecto protector. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela y merece una investigación más profunda para entender mejor la naturaleza de esta relación.

Finalmente, el rol de dueña de casa muestra una tendencia hacia la significancia ($p = 0.053$), sugiriendo que este rol podría estar asociado con un mayor riesgo de depresión, posiblemente debido a las cargas de trabajo y el aislamiento social.

En resumen, estos hallazgos indican que un enfoque de tratamiento integral que aborde la autoestima, la ansiedad, el estrés y el riesgo de suicidio es crucial para mejorar la salud mental de las mujeres con fibromialgia. La intervención temprana y el soporte continuo pueden ayudar a mitigar los efectos negativos de estos factores en la depresión. (Tabla 6).

Tabla 6.- Regresión Logística Depresión

Regresión Logística En Mujeres Fibromialgia para la Depresión									
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 ^a Dueñadecasa(1)	1,603	0,827	3,753	1	0,053	4,967	0,981	25,140	
BajaAutoestimaSi(1)	3,114	0,713	19,082	1	0,000	22,500	5,565	90,965	
NodejodemirarelCelularSi(1)	-2,106	0,696	9,163	1	0,002	0,122	0,031	0,476	
CATANSIEDAD(1)	3,250	0,784	17,177	1	0,000	25,785	5,545	119,901	
CATESTRES(1)	1,618	0,821	3,884	1	0,049	5,043	1,009	25,201	
CATRIESGOSUICIDA(1)	3,126	1,223	6,530	1	0,011	22,772	2,071	250,351	
Constant	-3,325	0,814	16,688	1	0,000	0,036			

a. Variable(s) entered on step 1: Dueñadecasa, BajaAutoestimaSi, NodejodemirarelCelularSi,

4.1. Ansiedad y Depresión

El análisis de regresión logística para predecir la ansiedad en mujeres con fibromialgia revela varios factores significativos:

La credibilidad muestra una relación negativa con la ansiedad ($\text{Exp(B)} = 0.172$, $p = 0.047$), lo que indica que una mayor credibilidad se asocia con una menor probabilidad de ansiedad.

Tener ideas recurrentes en la cabeza está fuertemente asociado con la ansiedad ($\text{Exp(B)} = 21.098$, $p = 0.008$).

Sufrir crisis de pánico también está significativamente relacionado con la ansiedad ($\text{Exp(B)} = 6.923$, $p = 0.029$).



Fumar marihuana muestra una relación negativa marginal con la ansiedad ($\text{Exp}(B) = 0.145$, $p = 0.050$).

La depresión es un fuerte predictor de la ansiedad ($\text{Exp}(B) = 13.964$, $p = 0.001$).

El estrés muestra una relación extremadamente alta con la ansiedad, pero debido al alto error estándar, este resultado no es significativo ($p = 0.994$).

Los resultados indican que varios factores psicológicos y comportamentales están asociados con la ansiedad en mujeres con fibromialgia. La relación negativa entre la credibilidad y la ansiedad sugiere que las mujeres que perciben un mayor nivel de credibilidad o confianza en su entorno pueden tener menos probabilidades de experimentar ansiedad. Este hallazgo subraya la importancia del apoyo social y la confianza en el entorno para mitigar la ansiedad.

Tener ideas recurrentes en la cabeza y sufrir crisis de pánico son fuertes predictores de la ansiedad, lo que no es sorprendente dado que estos factores son síntomas comunes de los trastornos de ansiedad. Las intervenciones dirigidas a controlar los pensamientos intrusivos y a manejar las crisis de pánico pueden ser efectivas para reducir la ansiedad en esta población.

El hallazgo de que fumar marihuana se asocia marginalmente con una menor probabilidad de ansiedad es interesante, aunque debe interpretarse con cautela debido a la significancia marginal. Esto podría indicar que, para algunas mujeres, el uso de marihuana podría estar relacionado con una disminución de la ansiedad, aunque se necesita más investigación para comprender completamente esta relación.

La depresión emerge como un predictor muy fuerte de la ansiedad, lo que subraya la alta comorbilidad entre estos dos trastornos. Esto sugiere que abordar la depresión en mujeres con fibromialgia puede también ayudar a reducir los niveles de ansiedad.

El resultado relacionado con el estrés es notablemente alto pero no significativo, lo que puede ser debido a problemas en la estimación del modelo, posiblemente por la colinealidad o por un tamaño de muestra insuficiente.

En resumen, estos hallazgos indican que un enfoque de tratamiento integral que aborde la depresión, los pensamientos intrusivos, las crisis de pánico y el fortalecimiento del apoyo social puede ser clave para reducir la ansiedad en mujeres con fibromialgia. Además, la exploración de tratamientos alternativos como el uso de marihuana debe ser llevada a cabo con precaución y respaldada por más investigación.

Tabla 7.- Ansiedad

Regresión Logística En Mujeres Fibromialgia para la Ansiedad								
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
CredibilidadSi(-1,760	0,887	3,942	1	0,047	0,172	0,030	0,978
Idease nlacabe	3,049	1,149	7,037	1	0,008	21,098	2,217	200,756
Crisisd epanico	1,935	0,884	4,795	1	0,029	6,923	1,225	39,118
FumaM arihuan	-1,934	0,987	3,838	1	0,050	0,145	0,021	1,001
CATDE PRESI	2,637	0,785	11,269	1	0,001	13,964	2,996	65,096
CATES TRES(1	18,944	2364,738	0,000	1	0,994	168826218,400	0,000	
Consta	-1,554	0,622	6,252	1	0,012	0,211		

4.2.- Estrés

El análisis de regresión logística para predecir el estrés en mujeres con fibromialgia revela varios factores significativos:



La edad entre 40 y 59 años está positivamente asociada con el estrés ($\text{Exp(B)} = 19.390$, $p = 0.011$).

Estar divorciado/a muestra una relación negativa significativa con el estrés ($\text{Exp(B)} = 0.123$, $p = 0.000$).

Tener ingresos entre 500 mil y 1 millón de pesos está negativamente asociado con el estrés ($\text{Exp(B)} = 0.205$, $p = 0.008$).

Tener ideas recurrentes en la cabeza es un fuerte predictor de estrés ($\text{Exp(B)} = 8.236$, $p = 0.001$).

Haber sufrido vulneración de derechos en la infancia está asociado positivamente con el estrés ($\text{Exp(B)} = 3.818$, $p = 0.018$).

Fumar marihuana se asocia negativamente con el estrés ($\text{Exp(B)} = 0.171$, $p = 0.037$).

La depresión es un fuerte predictor de estrés ($\text{Exp(B)} = 15.175$, $p = 0.013$).

El riesgo de suicidio también muestra una asociación significativa con el estrés ($\text{Exp(B)} = 7.514$, $p = 0.002$).

Los resultados del análisis destacan varios factores importantes relacionados con el estrés en mujeres con fibromialgia. La edad entre 40 y 59 años se asocia significativamente con un mayor nivel de estrés, lo que sugiere que las mujeres en esta franja etaria pueden estar en una etapa de la vida particularmente vulnerable a las presiones y tensiones, posiblemente debido a responsabilidades familiares y profesionales.



Por otro lado, estar divorciado/a se asocia con un menor nivel de estrés. Esto podría interpretarse de varias maneras, pero una posible explicación es que estas mujeres pueden haber superado una etapa difícil en sus vidas y, al estar solas, pueden tener más control sobre su entorno y menos conflictos relacionales.

Tener ingresos entre 500 mil y 1 millón de pesos se relaciona con niveles más bajos de estrés, indicando que una mejor situación económica puede proporcionar un mayor acceso a recursos y reducir las preocupaciones financieras, lo que a su vez disminuye el estrés.

Las ideas recurrentes en la cabeza son un fuerte predictor de estrés, lo cual es consistente con la literatura que indica que los pensamientos intrusivos y preocupaciones constantes son característicos de altos niveles de estrés.

La vulneración de derechos en la infancia muestra una fuerte asociación con el estrés en la vida adulta. Esto subraya la importancia de los eventos adversos tempranos en el desarrollo de problemas de salud mental a largo plazo, incluyendo el estrés crónico.

Fumar marihuana se asocia negativamente con el estrés, lo que sugiere que, para algunas mujeres, el uso de marihuana podría actuar como un mecanismo de afrontamiento. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender completamente esta relación y las implicaciones a largo plazo del uso de marihuana.

La depresión es un predictor muy fuerte de estrés, lo cual no es sorprendente dada la alta comorbilidad entre estos dos estados emocionales. Las intervenciones dirigidas a reducir la depresión pueden tener un efecto positivo en la reducción del estrés.

Finalmente, el riesgo de suicidio también está fuertemente relacionado con el estrés, indicando que el manejo del estrés es crucial para la prevención del suicidio. Estos hallazgos sugieren que un enfoque integral que aborde tanto los factores emocionales como los sociodemográficos es clave para reducir el estrés en mujeres con fibromialgia. (Tabla 5)

Tabla 7.- Estrés

Regresión Logística En Mujeres Fibromialgia para la Estrés								
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Tramod eEdad4	2,965	1,164	6,486	1	0,011	19,390	1,980	189,870
Divorcio/a(1)	-2,095	0,582	12,962	1	0,000	0,123	0,039	0,385
Entre50 0a1MM(-1,585	0,593	7,148	1	0,008	0,205	0,064	0,655
Idease nlacabe	2,109	0,657	10,292	1	0,001	8,236	2,271	29,867
VulneracionDer echose	1,340	0,567	5,578	1	0,018	3,818	1,256	11,606
FumaM arihuan	-1,764	0,848	4,329	1	0,037	0,171	0,033	0,903
CATDE PRESI	2,720	1,093	6,193	1	0,013	15,175	1,782	129,229
CATRIE SGOSU	2,017	0,644	9,805	1	0,002	7,514	2,126	26,554
Consta	-27,629	5312,793	0,000	1	0,996	0,000		

5.- Conclusión y Discusión. -

La prevalencia de problemas de salud mental en mujeres con fibromialgia es un tema de gran importancia, dado el impacto significativo que estas condiciones pueden tener en la calidad de vida de las pacientes. En esta discusión, se abordan los resultados obtenidos a partir del análisis de regresión logística, así como el perfil sociodemográfico de los participantes del estudio.



La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (96,7%), con una menor representación de hombres (3,3%). La mayoría de los participantes se identificaron como heterosexuales (95,7%), seguidos de bisexuales (1,3%), homosexuales (2,0%) y otros (1,0%). La franja etaria más representada fue la de 40 a 59 años (60,6%), con una prevalencia considerable de edades comprendidas entre 60 y 79 años (29,9%) y 26 a 39 años (6,6%).

En cuanto a la nacionalidad, el 96.1% de los participantes eran chilenos, y solo el 3.9% eran extranjeros. La mayoría eran casados (61,7%), aunque un significativo 78,0% informó estar en una relación de pareja. La mayoría de los sujetos vivía con su familia (52.6%) y una gran proporción si tenía hijos (52,6%), un 42,1 a lo menos tenía un hijo.

Los resultados del análisis de regresión logística indicaron que la baja autoestima ($\text{Exp(B)} = 22.500$, $p < 0.001$), la ansiedad ($\text{Exp(B)} = 21.098$, $p < 0.001$), el estrés ($\text{Exp(B)} = 19,390$, $p = 0.049$) y el riesgo de suicidio ($\text{Exp(B)} = 22.772$, $p = 0.011$) son predictores significativos de la depresión en mujeres con fibromialgia. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar la autoestima y los factores emocionales en las intervenciones terapéuticas. Sorprendentemente, el uso del celular se asoció con una menor probabilidad de depresión ($\text{Exp(B)} = 0.122$, $p = 0.002$), lo que sugiere que podría tener un efecto protector, posiblemente al proporcionar distracción o conexión social.

El estrés se relacionó significativamente con varios factores, como la edad (40-59 años, $\text{Exp(B)} = 19.390$, $p = 0.011$), estado civil (divorciado/a, $\text{Exp(B)} = 0.123$, $p = 0.000$), ingresos (500 mil a 1 millón de pesos, $\text{Exp(B)} = 0.205$, $p = 0.008$), ideas recurrentes ($\text{Exp(B)} = 8.236$, $p = 0.001$), vulneración de derechos en la infancia ($\text{Exp(B)} = 3.818$, $p = 0.018$), fumar marihuana ($\text{Exp(B)} = 0.171$, $p = 0.037$), depresión ($\text{Exp(B)} = 15.175$, $p = 0.013$) y riesgo de suicidio ($\text{Exp(B)} = 7.514$, p



= 0.002). Estos resultados subrayan la complejidad del estrés en mujeres con fibromialgia y la necesidad de enfoques multifacéticos para su manejo.

La ansiedad se asoció negativamente con la credibilidad ($\text{Exp}(B) = 0.172$, $p = 0.047$), y positivamente con ideas recurrentes ($\text{Exp}(B) = 21.098$, $p = 0.008$), crisis de pánico ($\text{Exp}(B) = 6.923$, $p = 0.029$) y depresión ($\text{Exp}(B) = 13.964$, $p = 0.001$). El fumar marihuana mostró una relación negativa marginal con la ansiedad ($\text{Exp}(B) = 0.145$, $p = 0.050$). Estos hallazgos indican que la ansiedad en esta población está estrechamente vinculada a factores emocionales y de comportamiento, destacando la necesidad de intervenciones que aborden estos aspectos específicos.

Los hallazgos de este estudio resaltan la interconexión entre diversos factores psicológicos y sociodemográficos en la salud mental de mujeres con fibromialgia. La baja autoestima, la ansiedad, el estrés y el riesgo de suicidio son factores críticos que deben abordarse en cualquier plan de tratamiento. La correlación negativa entre el uso del celular y la depresión, así como entre fumar marihuana y el estrés/anxiety, sugiere áreas de investigación futura para entender mejor estos comportamientos y sus impactos.

Dado que la mayoría de los participantes eran jóvenes adultos y chilenos, es posible que estos resultados reflejen tendencias específicas de esta demografía. Sin embargo, la alta prevalencia de problemas de salud mental en esta muestra subraya la necesidad de estrategias de intervención temprana y apoyo continuo. Los programas que fomentan la autoestima, el manejo del estrés y la ansiedad, y que proporcionan apoyo socioeconómico pueden ser especialmente beneficiosos.

En resumen, los resultados del estudio indican la importancia de un enfoque integral y personalizado en el tratamiento de la fibromialgia, que considere tanto los factores emocionales y



psicológicos como las circunstancias sociodemográficas de las pacientes. La intervención temprana y el apoyo continuo son esenciales para mejorar la calidad de vida de estas mujeres.

Otros Factores Relevantes:

El apoyo familiar es crucial. Las mujeres con fibromialgia que cuentan con un sistema de apoyo sólido tienen menos probabilidades de experimentar riesgo suicida. También se encontraron hallazgos significativos: la autoestima y las dificultades para dormir también influyen en el riesgo suicida, la identificación temprana y la intervención en casos de violencia médica y autolesiones son cruciales para prevenir el riesgo suicida. Es por esto que consideramos importante que los profesionales de la salud deben evaluar regularmente el riesgo suicida en mujeres con fibromialgia, la detección temprana de factores de riesgo, como la baja autoestima o la violencia médica, permite una intervención oportuna. Las estrategias de apoyo psicosocial, como grupos de terapia y educación sobre la enfermedad, pueden ser beneficiosas.

Concluimos que se necesita más investigación para comprender mejor la relación entre la fibromialgia, el riesgo suicida y los factores protectores, como también, explorar intervenciones específicas dirigidas a mejorar la calidad de vida y la salud mental en esta población.

En conclusión, abordar el riesgo suicida en mujeres con fibromialgia requiere un enfoque integral que considere tanto los aspectos físicos como los emocionales. La prevención y el apoyo adecuado son fundamentales para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo suicida en esta población vulnerable.

5. Implementación ética

Se presenta consentimiento informado, y se explica que la manipulación de la información levantada será de total confiabilidad y respeto hacia las pacientes que participaron.



Como investigadoras consideramos fundamental el respeto por los derechos y dignidad de las personas, compromiso profesional y científico, integridad y responsabilidad social, tanto por la manipulación de los datos levantados como el trato directo de la muestra intervenida.

Nos ceñimos según la normativa vigente del Código de ética del colegio de psicólogos de Chile, como también nuestra propia ética valórica como futuras profesionales, según estas normas éticas generales, en los artículos 7 Aplicabilidad del código, artículo 8, Límites de acción del código de ética y el artículo 9, Respeto por otros, todo esto en relación al mismo código ético en sí, donde además de tener un control de la situación, trabajar dentro de todos los parámetros posibles sin pasar a llevar algún voluntario e inclusive sin realizar alguna actividad que pueda ser dañina y/o perjudicial para los participantes, el grupo y la investigación, teniendo que seguir y recibir los feedbacks por parte del artículo 7, el artículo 10 también pudo haber sido agregado, pero al tener en cuenta que la investigación es cuantitativa no experimental no se pueden hacer algún tipo de intervención directa, y aunque también se encuentran las normas éticas específicas, estas no pueden ir al caso ya que se cubren en los puntos anteriores.

- Declaración de Singapur.
- Código de ética del Colegio de Psicólogos de Chile.

Lo mencionado anteriormente nos respalda y en su misma presencia ayuda en gran medida, dado que al cubrir todos los aspectos que entran dentro de las investigaciones en relación con objetivos de protección a las personas y los límites que se tienen las personas que se encuentren dentro de este medio no pueden ser afectados o vulnerados, más en el tema de las informaciones al poner un énfasis en la integridad de los datos que se utilicen y los test y materiales que se apliquen dentro de la investigación.

6. Limitaciones

En el estudio de la prevalencia y correlación de la salud mental en pacientes con fibromialgia, es crucial reconocer ciertas limitaciones. En primer lugar, la heterogeneidad de los síntomas y la variabilidad individual en la presentación de la fibromialgia pueden dificultar la identificación precisa de patrones de salud mental. Además, la falta de consenso en la definición y medición de la salud mental en este contexto puede afectar la comparabilidad de los resultados entre estudios. Por último, la posibilidad de sesgos de selección y la falta de datos longitudinales pueden limitar nuestra comprensión completa de estas relaciones.

7. Proyecciones

En el contexto de la prevalencia y correlaciones de la salud mental en pacientes con fibromialgia, se pueden considerar las siguientes proyecciones de investigación:

Evaluación de Comorbilidades: Investigar las comorbilidades neuropsiquiátricas más frecuentes en pacientes con fibromialgia, como la ansiedad, la depresión y el estrés. Comprender cómo estas condiciones se relacionan con el dolor crónico y afectan la calidad de vida es fundamental.

Calidad de Vida: Profundizar en el análisis del impacto de la fibromialgia en la calidad de vida de los pacientes. Esto incluye explorar cómo la ansiedad y la depresión influyen en la percepción del dolor y la sensibilidad a la presión.

Políticas Públicas y Atención Integral: Investigar la implementación de políticas públicas específicas para la fibromialgia a nivel de atención primaria de salud. Esto podría incluir la creación de Unidades de Fibromialgia que consideren aspectos interdisciplinarios y territoriales para un acceso rápido al diagnóstico, tratamiento y educación.



Enfoque Multicomponente: Evaluar la efectividad de tratamientos combinados multicomponentes, coordinados por profesionales de Atención Primaria, como se recomienda en otros países.

Referencias

- Antunes, M. D., Schmitt, A. C. B., & Marques, A. P. (2022). Amigos de Fibro (fibro friends): Validation of an educational program to promote health in fibromyalgia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5297.
- Antúnez, Zayra, & Vinet, Eugenia V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Busta Cornejo, C. A. (2019). Discursos en torno al dolor en la ciudad de Santiago de Chile: El caso de la Fibromialgia.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina clínica*, 149(10), 441-448.
- Cornejo, C. B. (2022). Narrativas en torno al dolor: la fibromialgia vista desde la experiencia de profesionales de la salud chilenos. *Ciencias de La Salud*, 20(2), 2.
- Danet, A., Prieto-Rodríguez, M. Á., Valcárcel-Cabrera, M. C. March-Cerdà, J. C. (2016). Evaluation of an educational strategy among individuals with fibromyalgia: A gender analysis. *Aquichan*, 16(3), 296–312
- Duque, L., & Fricchione, G. (2019). Fibromyalgia and its new lessons for neuropsychiatry. *Medical Science Monitor Basic Research*, 25, 169.
- Fernández Peña, R. (2015). El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico. *Universitat Autònoma de Barcelona*.



- Horta-Baas, G. & Romero-Figueroa, M. D. S. (2019). Self-reported disability in women with fibromyalgia from a tertiary care center. *Advances in Rheumatology*, 59(1), 1–9.
- Lefno, A. L., & Contreras, G. R. (2019). Multimorbilidad crónica en mujeres con diagnóstico de fibromialgia en Chile. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2).
- Lugo Humean, C. P., & Ortiz Mir, P. I. L. (2020). Prevalencia de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y psicosociales, en mujeres de 25-60 años de edad, diagnosticadas con fibromialgia, en Santo Domingo, República Dominicana, en el período mayo-noviembre 2019 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña).
- Marin Chaman, M. (2021). Incertidumbre frente a la enfermedad de fibromialgia desde la experiencia vivida del personal de salud, 2019.
- Millán, M. J. R. (2018, noviembre 1). La finalidad de la metodología cuantitativa. Fundación iS+D; Fundación iS+D para la Investigación Social Avanzada. <https://isdfundacion.org/2018/11/01/finalidad-metodologia-cuantitativa/>
- Nestares Luna, K. L., Olivera García, A., Huamanchumo Guzmán, R., & Arévalo Flores, J. M. (2021). Frecuencia de alexitimia y factores relacionados en pacientes con fibromialgia tratados en un hospital público de Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(2), 103-112.
- Ortega, C. (2018, julio 27). ¿Qué es un estudio transversal? Cross-sectional Study on QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>.
- Ortega, C. (2018a, junio 14). Non-Probability Sampling on QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-no-probabilistico/>.



- Ramírez Robles, V., Alfaro Bugueño, J., Torres Fernández, A., Martínez Villavicencio, C., Bustamante Bustamante, A., & Soto Subiabre, M. (2022). Fibromialgia en Chile: revisión de la literatura y propuesta para una futura política pública en atención primaria de salud. *ARS Med.(Santiago, En Línea)*, 69–80.
- Sánchez Aragón, P. A. (2022). Reflexiones de la Fibromialgia desde una perspectiva de género.
- Sifuentes-Giraldo, W. A., & Morell-Hita, J. L. (2017). Fibromialgia. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 12(27), 1586-1595.
- Suscal Peláez, K. S. (2019). Prevalencia y factores asociados a fibromialgia en personal de la Universidad Católica de Cuenca, sede Cuenca. Periodo enero-septiembre 2019.
- Velázquez, A. (2018, septiembre 26). Muestreo de bola de nieve: Qué es, ventajas y cómo realizarlo. *Snowball Sampling on QuestionPro Blog*.