

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Depresión como factor asociado a fibromialgia en
pacientes del Hospital Belén de Trujillo.**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Jorge Luis Lozada Asto

ASESOR:

Dr. Miguel Angel Ibáñez Reluz

Trujillo – Perú

2016

DEDICATORIA

A mis padres por haberme apoyado en todo momento; por haber estado en esos momentos de la vida que el destino trae.

A todas esas personas que tuvieron fe en mi persona y me dieron fuerza para continuar adelante.

A esos grandes médicos que fueron mis maestros y que sin duda fue necesario su guía para poder seguir en la luz del conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por ser esa fuerza maternal de abnegación, por ser esa fuerza visible en cada caminar a lo largo de mi carrera, empujándome hacia adelante, hacia el futuro. Gracias por darme valor y ser fuente de inspiración en esos momentos de agotamiento. Gracias por ser mi Ares y mi Atenea.

A mi padre, aunque lejos y en los pocos momentos que estuvimos juntos y en las que no estuvo, por ser esa fuerza invisible de fuerza, por darme aliento , por darme fuerza desde lo profundo de los mares, por preocuparte por los quedamos en casa. Gracias por ser el Thor de la familia.

A mis Maestro por enseñarme lo mejor de ellos, por enseñarme el conocimiento y la humanidad que Hipócrates trato de trasnmitir a sus primeros alumnos, por ser aquellos que fueron meticulosos para esculpir nuestras almas. Gracias por ser esos Asclepios de la modernidad.

Agradecimiento especial a mi Asesor: Miguel Angel Ibañez Reluz porque sin su ayuda este trabajo no hubiera sido posible, por ser firme y luz de conocimiento para mi persona, por brindarme la ayuda necesaria para mejorar punto por punto este trabajo.

TABLA DE CONTENIDOS

	Paginas
PAGINA DE DEDICATORIA.....	2
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
Anexos:.....	42

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la depresión es factor asociado a fibromialgia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 86 pacientes mayores de 15 años; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin fibromialgias.

Resultados: La frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgias fue 61%. La frecuencia de depresión en pacientes sin fibromialgias fue 25%. La depresión es factor asociado a fibromialgias con un odds ratio de 4.44 el cual fue significativo. El promedio del puntaje de la escala de depresión de Hamilton fue significativamente superior en los pacientes con fibromialgias en comparación con pacientes sin fibromialgia ($p < 0.01$).

Conclusiones: La depresión es factor asociado a fibromialgia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Palabras Clave: Depresión factor asociado, fibromialgia.

ABSTRACT

Objective: Show that depression is associated with fibromyalgia in patients treated at the Bethlehem Hospital of Trujillo factor.

Material and Methods: An analytical study, observational, prospective, cross-sectional type was carried out. The study population consisted of 86 patients older than 15 years; who they were divided into 2 groups: with and without fibromyalgia.

Results: The frequency of depression in patients with fibromyalgia was 61%. The frequency of depression in patients without fibromyalgia was 25 %. Depression is associated with fibromyalgia with an odds ratio of 4.44 which was significant factor. The average score of the Hamilton depression scale was significantly higher in patients with fibromyalgia compared to patients without fibromyalgia ($p < 0.01$).

Conclusions: Depression is associated with fibromyalgia in patients treated at the Bethlehem Hospital of Trujillo factor.

Keywords: Factor associated depression, fibromyalgia.

I. INTRODUCCION

1.1. Marco teórico:

La fibromialgia es un síndrome que se caracteriza por ser crónica, dolor musculoesquelético difuso, fatiga, trastornos del sueño, y la rigidez matinal y se asocia con trastornos psicológicos, principalmente ansiedad y depresión. Esta condición también exhibe hipersensibilidad junto con dolor verificable en puntos anatómicos específicos, siendo en total 18: occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas (ambos lados del cuerpo)^{1,2,3}.

La fibromialgia constituye un problema sanitario por su elevada prevalencia, la importante afectación de la calidad de vida de los pacientes, los numerosos especialistas implicados en su diagnóstico y tratamiento, las limitaciones en el conocimiento de su etiología, la inexistencia de un tratamiento estándar y la multitud de tratamientos propuestos con o sin eficacia^{4,5,6}.

Este síndrome afecta al 2-5% de la población general, con claro predominio de las mujeres sobre los varones, en una proporción de siete a uno. La incidencia de fibromialgia en Norteamérica en una muestra de 62 000 personas observadas es para la población femenina de 11,28 casos por cada 1000 personas; la prevalencia de fibromialgia de estudios en la población en general^{7,8}.

Aunque las causas del síndrome de fibromialgia no están todavía claras, diversas investigaciones han mostrado que los síntomas presentes en esta

enfermedad, como el dolor, la hipersensibilidad a la estimulación externa, la fatiga, los problemas del sueño o el bajo estado de ánimo pueden asociarse a alteraciones en el sistema neuroendocrino e inmunológico^{9,10}.

La historia natural de la fibromialgia se ha seguido y monitorizado de manera prospectiva durante años en distintos estudios, en los que los pacientes expresaban, de manera protocolizada y periódica, la intensidad de su dolor, el estado funcional y los síntomas afectivos. En general, los hallazgos indican que, una vez que la enfermedad se establece, los pacientes continúan sintomáticos y no mejoran durante largos períodos de tiempo. Además, la alteración funcional empeora lentamente^{11,12}.

La fibromialgia se diagnostica sobre la base de los síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades que pueden conducir al mismo patrón de síntomas. Aunque la fibromialgia es la más común de las enfermedades crónicas de dolor generalizado, a menudo es subdiagnosticado. El diagnóstico de la fibromialgia se ha demostrado que aumenta la satisfacción del paciente y reduce la utilización de asistencia sanitaria^{13,14}.

Los objetivos del tratamiento en la fibromialgia son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados. Existe una amplia variedad de agentes farmacológicos; pero sólo tres están formalmente indicados: dos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina; duloxetina y milnacipran, y la pregabalina, un anticonvulsivo¹⁵.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud sobre la carga mundial de enfermedades, han demostrado que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad^{16,17}.

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones epidemiológicas sobre depresión y ansiedad. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de doce meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4,5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos seis meses fue de 4,6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1,3% en los doce meses previos al estudio¹⁸.

La depresión consiste en un trastorno del estado de ánimo que implica alteración de la capacidad afectiva; caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento^{19,20,21}.

Combinando intensidad y duración se clasifican en depresión mayor; con un tiempo de duración inferior a 2 semanas y con una intensidad importante; y distimia de curso crónico y más de 2 años de duración e intensidad leve^{22,23}.

La escala de valoración de Hamilton para depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala cuyo objetivo es el de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica^{24,25}.

La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios^{26,27}.

La enfermedad mental es frecuente en los pacientes con FM. Numerosos estudios han demostrado que los enfermos de FM tienen un mayor riesgo de Depresión Mayor (DM) a lo largo de la vida, observándose unas tasas de comorbilidad que oscilan entre 20% y 80%. Esto se ha señalado tanto en estudios realizados en población general, como en poblaciones especiales de pacientes que reciben asistencia médica^{28,29,30}.

Con respecto a la relación entre dolor- depresión y alteraciones del sueño, recientemente se ha puesto en evidencia esta relación en los pacientes diagnosticados de Fibromialgia. La Teoría Neuronal del Dolor considera que éste se genera por el impacto de factores multidimensionales, incluyendo las características fisiológicas y generales de salud de cada individuo^{31,32,33}.

1.2. Antecedentes:

Moreno V, et al. (Argentina, 2011): mediante un estudio observacional y de tipo transversal evaluaron la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con fibromialgia en todos los pacientes de ambos sexos con diagnóstico de fibromialgia del servicio de Reumatología el Hospital Departamental María Auxiliadora; encontrando que la edad promedio fue de 54.9 +/- 14 años, 80% fue del sexo femenino y el número promedio de puntos dolorosos fue de 14.4 +/- 1.5; el 32.7% de pacientes no tenía síntomas de ánimo depresivo, en 27.7% los síntomas fueron leves, en 30.9% moderados y en 9% severos, ningún paciente presentó síntomas compatibles con ánimo depresivo muy severo, se encontró una correlación significativa entre el número de puntos dolorosos y el puntaje de la escala de Hamilton para la depresión ($r=0.740$, $p<0.001$). Concluyendo que los síntomas depresivos severos se

encuentran en una proporción baja en pacientes con fibromialgia y parecen estar directamente asociados con el número de puntos doloroso³⁴.

León S, et al. (España, 2012): mediante un estudio analítico retrospectivo con aplicación de pruebas de escala visual análoga, cuestionarios de calidad de vida y escala de satisfacción de la vida en 100 mujeres con diagnóstico de fibromialgia ponderaron las variables psicopatológicas asociadas al dolor en la fibromialgia; encontrando que los pacientes con fibromialgia tienen mayores niveles de dolor, ansiedad, depresión y afectos negativos y menores de calidad de vida, satisfacción por la vida y afectos positivos, las pruebas asociadas funcionalmente a estructuras cerebrales se correlacionaron análogamente entre ellas; en el análisis factorial como de correspondencia, las variables de valencia negativa: dolor, ansiedad estado-rasgo, depresión, afectos negativos y maltrato psicológico fueron de signo contrario a las de valencia positiva: función social y salud mental. Concluyendo que los pacientes con fibromialgia padecen de un dolor crónico severo donde el maltrato psicológico fue el fondo sobre el cual se proyectó la enfermedad³⁵.

Vallejo M, et al. (España, 2012): mediante un estudio analítico retrospectivo utilizando la aplicación de una encuesta en base al cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) estudiaron la utilidad de esta para evaluar los aspectos emocionales presentes en los 301 pacientes con fibromialgia; encontrando que existieron altos niveles de ansiedad, mayores que en otros trastornos, la fiabilidad es adecuada y un modelo de 3 factores es el que mejor se ajusta a los datos, no obstante, dicha estructura no parece ser más útil que la de 2 factores, considerando los criterios externos utilizados. Concluyendo que el cuestionario HADS ha mostrado ser útil para explorar la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con fibromialgia, el número de puntos dolorosos no parece estar relacionado con la severidad de los aspectos psicológicos evaluados por

esta escala, sin embargo, sí parece haber una correspondencia entre estos y la situación laboral de los pacientes³⁶.

Fuller E, et al. (Canadá, 2012): mediante una encuesta representativa gracias a un análisis secundario determinaron la prevalencia y los factores asociados con la depresión mayor entre 126 805 personas, de las cuales 1635 tenían síndrome de fibromialgia y 125 170 no lo tenían; encontrando que las personas con síndrome de fibromialgia tenían aproximadamente tres veces mayor probabilidad de depresión en comparación con aquellos sin este, aun controlando importantes características socio -demográficas (OR = 2.90); en las personas con síndrome de fibromialgia la depresión se asoció con una menor edad, el sexo femenino, no estar casado, la inseguridad alimentaria, el número de enfermedades crónicas, y las limitaciones en las actividades, dos quintas partes de las personas con depresión y síndrome de fibromialgia no habían hablado de problemas de salud mental con las profesionales de la salud en el año anterior, destacando la infrautilización de los servicios de salud mental y la necesidad de profesionales de la salud para aumentar el cribado dentro de esta población. Concluyendo que los hallazgos podrían ayudar a los médicos se dirigen a las evaluaciones de salud mental y las intervenciones a sus pacientes con fibromialgia³⁷.

Sener U, et al. (Norteamérica, 2013): mediante un estudio de casos y controles evaluaron los parámetros de aptitud física relacionados con la salud y el análisis de asociación con la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia en 39 casos (mujeres con fibromialgia) y 40 controles; encontrando que la capacidad aeróbica máxima, la flexibilidad del tronco, los números de pasos diarios, el gasto total de energía, la tasa metabólica en reposo y los valores de las pruebas de función pulmonar fueron significativamente diferentes entre los pacientes y los controles; los pacientes con fibromialgia tenían mayores

tasas diarias moderadas de actividad, los valores de gasto de energía activa, y las puntuaciones de depresión y ansiedad, mientras que la fuerza de la mano, de las piernas y los valores de resistencia mediante el formulario abreviado de encuesta de salud (SF)-36 fueron comparables con los controles; la fuerza de empuñadura y los valores de resistencia de piernas mostraron correlaciones moderadamente positivas con el SF -36 (para la salud total, el físico, la salud mental) y correlaciones moderadamente negativas con puntuaciones de depresión y ansiedad en pacientes con fibromialgia. Concluyendo que la sintomatología de la fuerza muscular, la depresión y la ansiedad se ve afectada en pacientes con fibromialgia en comparación con los controles sanos y la realización de ejercicios diarios, incluyendo el entrenamiento aeróbico y de fuerza, como parte del estilo de vida de uno puede tener efectos beneficiosos en los pacientes con fibromialgia³⁸.

1.3. Justificación

Considerando que la fibromialgia es un síndrome de creciente prevalencia en nuestro medio siendo el sexo femenino el mayoritariamente afectado y condicionando una limitación importante en la actividad diaria del paciente y por otro lado una disminución importante de la calidad de vida de estas personas resulta de interés el precisar las condiciones asociadas a la aparición de esta patología más aún si alguna de ellas pudiera ser modificadas o controladas por medio de estrategias educativas y preventivas; siendo la depresión una alteración psiquiátrica que ha alcanzado actualmente los niveles de epidemia y que compromete a una gran proporción de individuos, habiéndose documentado la asociación desde ya hace algún tiempo entre este trastorno del estado de ánimo y patología reumatológica así como dolores osteoarticulares. La

identificación de la asociación en estudio será de utilidad en la práctica clínica pues podría constituirse en objetivo terapéutico de importancia; considerando que la fibromialgia es un síndrome que aún no cuenta con los elementos necesarios para obtener una cura definitiva; el control de sus factores de riesgo constituye una atractiva estrategia para reducir su prevalencia e incidencia en la población de riesgo.

1.4. Formulación del problema

¿Es la depresión un factor asociado a fibromialgia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo?

1.5. Hipótesis:

Hipótesis nula:

La depresión es factor asociado a fibromialgia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Hipótesis alternativa:

La depresión no es factor asociado a fibromialgia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

1.6. Objetivos:

General:

Demostrar que la depresión es factor asociado a fibromialgia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Específicos:

Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgia.

Precisar la frecuencia de depresión en pacientes sin fibromialgia.

Comparar las frecuencias de depresión entre pacientes con y sin fibromialgia.

Contrastar los promedios del puntaje de la Escala de Hamilton entre pacientes con y sin fibromialgia.

II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL:

Población diana: Estuvo constituida por los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo en durante periodo 2012 –2015.

Población de estudio: Estará constituida por los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo en durante periodo 2012 –2015 y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión (Casos):

Pacientes con fibromialgia; entre 15 a 60 años; de ambos sexos y en cuyas historias clínicas se encuentren los estudios necesarios para precisar las variables en estudio.

Criterios de Inclusión (Controles):

Pacientes sin fibromialgia; entre 15 a 60 años; de ambos sexos y en cuyas historias clínicas se encuentren los estudios necesarios para precisar las variables en estudio.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide; con diagnóstico de Lupus Eritematosos Sistémico; con diagnóstico

de Artritis Gotosa; con diagnóstico de Artritis Reactiva; con diagnóstico de artritis de cualquier otra índole; con desnutrición.

2.2. MUESTRA:

Unidad de Análisis: Cada uno de los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Enero – Febrero 2016 y que cumplieron los criterios de selección.

Unidad de Muestreo: Cada uno de las historias clínicas de los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo en durante el periodo Enero – Febrero 2016 y que cumplieron los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizara la siguiente formula³⁹:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p e q e}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe: Incidencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (fibromialgia) : 0.06 (6%)³⁶

qe =1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 86 \text{ pacientes}$$

2.3. Diseño específico:

Analítico, observacional, seccional, transversal, prospectivo.

G1 X1 O1

P NR

G1 X2 O1

Leyenda:

P : Población

NR : No randomización

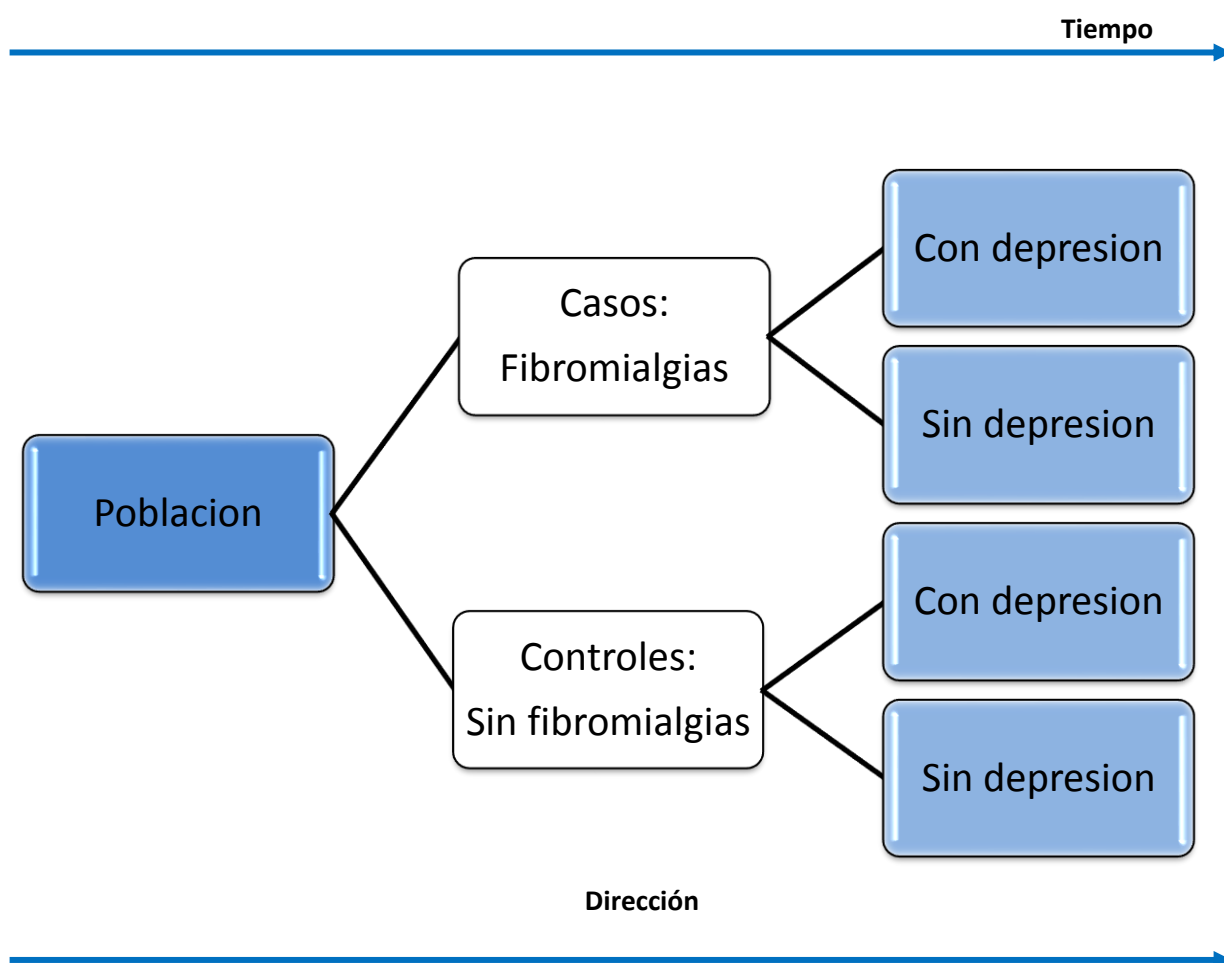
G1 : Pacientes atendidos por consultorios externos de reumatología

X1 : Pacientes con fibromialgia

X2 : Pacientes sin fibromialgia

O1 : Depresión

Esquema:



2.4. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Dependiente				
Fibromialgia	Alteración crónica que se caracteriza por la existencia en un individuo de un historial de dolor diseminado y presencia de dolor a la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas.	Historia de dolor generalizado presente durante al menos tres meses. Dolor en ambos lados del cuerpo por encima y por debajo de la cintura Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital (ambos lados del cuerpo): occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas.	Nº de pacientes con criterios de fibromialgia	Cualitativa

Independiente				
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que se evidenciara a través de la aplicación de La Escala de Depresión de Hamilton la cual ha sido validada y diseñada con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad	Puntaje de la escala de Hamilton mayor a 7	Nº de pacientes con criterios de depresión	Cualitativa

2.5 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Fibromialgia: Alteración crónica que se caracteriza por la existencia en un individuo de un historial de dolor diseminado y presencia de dolor a la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas³⁸.

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se evidenciara a través de la aplicación de La Escala de Depresión de Hamilton la cual ha sido validada y diseñada con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad³⁵.

2.6 DEFINICIONES OPERACIONALES:

Fibromialgia: Se diagnosticó sobre la base de los síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades que pueden conducir al mismo patrón de síntomas. La evaluación de la fibromialgia se basa en los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 1990³⁸.

Los criterios implicarán:

- Historia de dolor generalizado presente durante al menos tres meses.
- Dolor en ambos lados del cuerpo por encima y por debajo de la cintura
- Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital (ambos lados del cuerpo): occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas.

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se evidenciara a través de la aplicación de La Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 2) la cual ha sido validada y diseñada con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad; para fines de la presente investigación se considerara la versión de 17 items debido a que se adapta mejor a este estudio. Cada Item tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo, siendo así: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23. Se considerara depresión cuando el puntaje de la mencionada escala sea mayor a 7³⁵.

La escala de depresión de Hamilton es un instrumento validado En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92³⁵.

2.7 PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Ingresaron al estudio los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo en el periodo Enero – Febrero 2016, que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto en el ámbito sanitario referido y posteriormente:

1. Se realizó la captación de los pacientes según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio por muestreo aleatorio simple.
2. Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
3. Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.
4. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Por medio de la aplicación del Paquete SPSS V 23.0 se procesó la información registrada en las hojas de recolección de datos.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; tendencias que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con las condiciones en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio

Dado que el estudio correspondió a un diseño de casos y controles, se obtuvo el Odds ratio (OR) para depresión en cuanto a su asociación con la aparición de fibromialgia. Se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

ODSS RATIO: a x d / b x c

2.9. ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio seccional transversal en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)⁴⁰ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴¹.

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:

Características	Fibromialgias (n=43)	Sin fibromialgias (n=43)	Significancia
Sociodemográficas			
Edad: - Promedio - D. estandar	59.3 22.4	57.7 19.8	T student: 1.14 p>0.05
Sexo: - Femenino - Masculino	38(88%) 5(12%)	22(51%) 21(49%)	Chi cuadrado: 35.7 p<0.05
Procedencia: - Urbano - Rural	34(80%) 9(10%)	39(90%) 4(10%)	Chi cuadrado: 2.68 p>0.05

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO –Ficha de recolección de datos: 2016.

Tabla N° 2: Frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgias en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:

Fibromialgias	Depresión		Total
	Si	No	
Si	26 (61%)	17 (39%)	43 (100%)

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO – Ficha de recolección de datos: 2016.

La frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgias fue de $26/43 = 61\%$.

Gráfico N° 1: Frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgias en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:

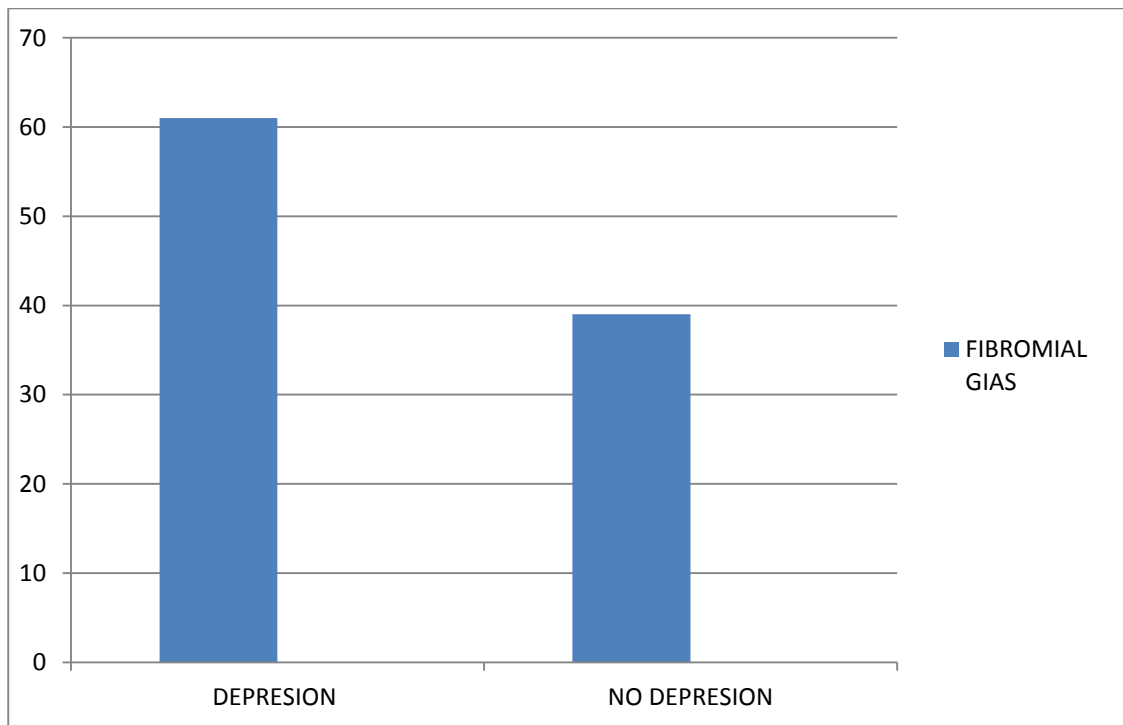


Tabla N° 3: Frecuencia de depresión en pacientes sin fibromialgias en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:

Fibromialgias	Depresión		Total
	Si	No	
No	11 (25%)	32 (75%)	43 (100%)

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO – Ficha de recolección de datos: 2016.

La frecuencia de depresión en pacientes sin fibromialgias fue de $11/43 = 25\%$.

Gráfico N° 2: Frecuencia de depresión en pacientes sin fibromialgias en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:

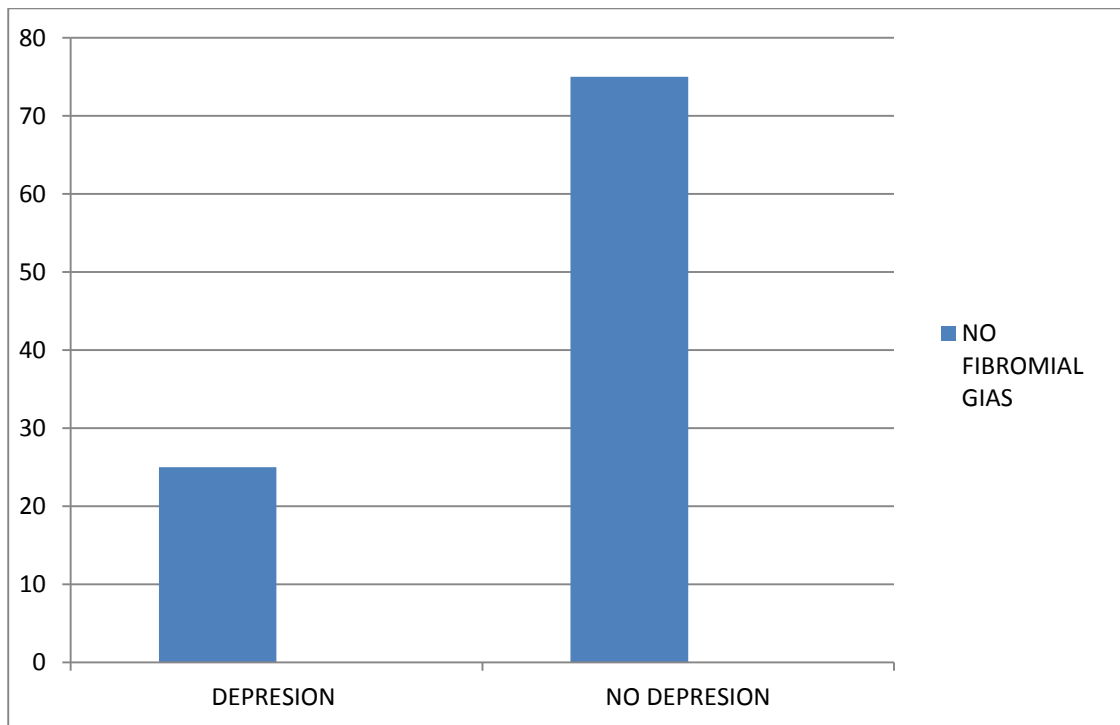


Tabla N° 4: Depresión como factor asociado a fibromialgias en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016

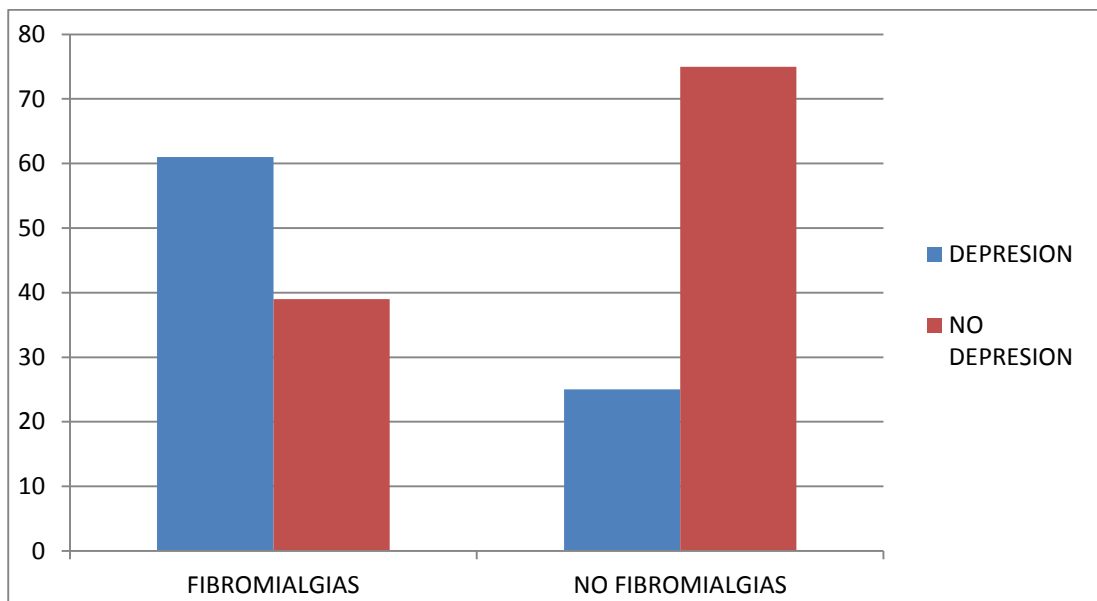
Depresion	Fibromialgias		Total
	Si	No	
Si	26 (61%)	11 (25%)	37
No	17 (39%)	32 (75%)	49
Total	43 (100%)	43 (100%)	86

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO –Ficha de recolección de datos: 2016.

- Chi Cuadrado: 12.2
- $p < 0.01$
- Odds ratio: 4.44
- Intervalo de confianza al 95%: (1.74; 7.38)

En el análisis se observa que la depresión se asocia con fibromialgias a nivel muestra lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor asociado a fibromialgias.

Grafico N° 3: Depresión como factor asociado a fibromialgias en el Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:



La frecuencia de depresión en el grupo con fibromialgias fue de 61% mientras que en el grupo sin fibromialgias fue 25%.

Tabla N° 05: Comparación de promedios del puntaje de la escala de depresion de Hamilton en pacientes con y sin fibromialgias Hospital Belén de Trujillo periodo Enero – Febrero 2016:

Puntaje de escala depresión Hamilton	Fibromialgias		T	P
	Si (n=43)	No (n=43)		
Promedio	9.6	6.3	2.12	<0.01
Desviación estandar	5.2	4.5		

FUENTE: HOSPITAL BELEN TRUJILLO –Ficha de recolección de datos: 2016.

En este análisis se comparan los promedios del puntaje de la escala de Hamilton; observando la tendencia muestral de que el grupo con fibromialgias tiene un promedio significativamente mayor que el grupo sin fibromialgias a través de la prueba t de student se verifica que esta tendencia se proyectara a nivel poblacional.

IV. DISCUSION

La fibromialgia constituye un problema sanitario por su elevada prevalencia, la importante afectación de la calidad de vida de los pacientes, los numerosos especialistas implicados en su diagnóstico y tratamiento, las limitaciones en el conocimiento de su etiología, la inexistencia de un tratamiento estándar y la multitud de tratamientos propuestos con o sin eficacia^{3,4,5}. Con respecto a la relación entre dolor- depresión y alteraciones del sueño, recientemente se ha puesto en evidencia esta relación en los pacientes diagnosticados de Fibromialgia. La Teoría Neuronal del Dolor considera que éste se genera por el impacto de factores multidimensionales, incluyendo las características fisiológicas y generales de salud de cada individuo^{30,31,32}.

En la Tabla N° 1 podemos observar algunos datos representativos respecto a ciertas variables intervinientes como la edad y procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a estas en ambos grupos de estudio; lo cual caracteriza uniformidad y un contexto apropiado para efectuar comparaciones. Sin embargo reconocemos una tendencia significativa respecto a la asociación sexo femenino y riesgo de fibromialgias; este hallazgo en particular resulta coincidente con lo descrito por **Fuller E, et al.** en Canadá en el 2012; **Sener U, et al.** en Norteamérica en el 2013 y **León S, et al.** en España en el 2012; quienes también verifican esta mayor predisposición en las mujeres; esta asociación ya ha sido documentada previamente, no siendo objeto de nuestra investigación, se describe como un hallazgo tangencial a nuestra valoración.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de depresión en primer término en el grupo con fibromialgia, encontrando que de los 46 pacientes con este trastorno reumatológico, el 61% presentaron el trastorno de ánimo respectivo. En la Tabla N° 3 se registra que de los 43 pacientes sin fibromialgia, solo el 25% presento algún grado de depresión.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a **Moreno V, et al.** en Argentina en el 2011 en un estudio observacional y transversal evaluaron la prevalencia de síntomas depresivos en 114 pacientes con fibromialgia encontrando que el 67% tenía síntomas depresivos; se encontró una correlación significativa entre la presencia de fibromialgia y el puntaje de la escala de Hamilton ($r= 0.740, p<0.001$)³³. En este caso el referente se desenvuelve en una población sudamericana, que emplea un tamaño muestral prácticamente idéntico y en donde la frecuencia de síntomas depresivos observada en las pacientes con fibromialgias es de las 2 terceras de la serie de casos, lo cual es bastante coincidente con lo registrado en nuestro análisis.

En la Tabla N° 4 precisamos el riesgo muestral que conlleva la presencia de depresión en relación a la aparición de fibromialgia; el cual se expresa como un odds ratio de 4.44; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p<0.01$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre las variables de interés de nuestro estudio.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó **Vallejo M, et al.** en España en el 2012 quienes mediante un estudio analítico retrospectivo evaluaron aspectos emocionales en 301 pacientes con fibromialgia; encontrando que existieron altos niveles de ansiedad y depresión, mayores que en otros trastornos reumatológicos ($p<0.05$)³⁵. En este caso el referente

documenta a través de un análisis cualitativo al igual que en nuestra serie, mayor tendencia hacia depresión en el grupo con fibromialgias por medio del empleo de una encuesta validada para tal fin.

Por otro lado tenemos el estudio de **Fuller E, et al.** en Canadá en el 2012 quienes en un análisis secundario buscaron asociación con la depresión y fibromialgia entre 126 805 personas, encontrando tres veces mayor probabilidad de depresión en pacientes con fibromialgias (OR = 2.90; $p < 0.05$)³⁶. En este caso el estudio en mención por medio de un diseño común al nuestro, pero con un tamaño muestral mucho más numeroso y en una revisión reciente; corrobora un riesgo muestral significativo entre las 2 variables de interés.

Cabe mencionar las tendencias descritas por **Sener U, et al.** en Norteamérica en el 2013 quienes en un estudio de casos y controles valoraron la depresión en pacientes con fibromialgia en 39 casos (mujeres con fibromialgia) y 40 controles; encontrando asociación significativa³⁷. En este caso el estudio se corresponde con un contexto poblacional distinto al nuestro, siendo una revisión contemporánea, y tomando en cuenta un tamaño muestral más reducido, reconoce la significancia de la asociación observada en nuestras conclusiones.

En la Tabla N°5 se comparan los promedios del puntaje de la escala de Hamilton entre ambos grupos de estudio; a través del test estadístico t de student, el cual verifica que los promedios son significativamente distintos ($p < 0.01$); con tendencia a tener puntajes mayores en la escala de depresión en el grupo con fibromialgias; con lo cual podemos afirmar que ya sea a través de un análisis cualitativo o cuantitativo se evidencia asociación entre las variables.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por **León S, et al.** en España en el 2012 quienes en un estudio analítico retrospectivo en 100 mujeres con diagnóstico de fibromialgia encontrando que los pacientes con fibromialgia tienen mayores niveles de depresión y afectos negativos en comparación con pacientes sin esta dolencia ($p < 0.05$)³⁴. Finalmente este referente desarrolla un análisis cuantitativo por medio de la comparación de los niveles de depresión a través de los puntajes de la escala validada para medir esta variable, replicando la tendencia registrada en nuestro análisis.

V. CONCLUSIONES

- 1.-Se aprecian una frecuencia significativamente mayor de fibromialgias en pacientes de genero femenino.
- 2.-La frecuencia de depresión en pacientes con fibromialgias fue 61%.
- 3.-La frecuencia de depresión en pacientes sin fibromialgias fue 25%.
- 4.-La depresión es factor asociado a fibromialgias con un odds ratio de 4.44 el cual fue significativo.
- 5.-El promedio del puntaje de la escala de depresion de Hamilton fue significativamente superior en los pacientes con fibromiagias en comparacion con pacientes sin fibromialgia ($p < 0.01$).

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional con la finalidad de identificar y controlar variables intervinientes para disminuir el riesgo de sesgos.
- 2.** De reafirmar la significancia de la asociación de la depresión a la fibromialgia y tomando en cuenta que la depresión es una condición clínica sobre la que es posible intervenir, incorporar en los protocolos y guías de práctica clínica como objetivo el tratamiento de la depresión en pacientes con fibromialgia.
- 3.** Debería llevarse a cabo nuevas investigaciones de tipo ensayo clínico de intervención, orientadas a valorar el impacto del tratamiento de la depresión en la evolución de los síntomas de fibromialgia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Secundino López-Pousa, Glòria Bassets Pagès, Sílvia Monserrat-Vila, Manuel de Gracia Blanco, Jaume Hidalgo Colomé, and Josep Garre-Olmo. Sense of Well-Being in Patients with Fibromyalgia: Aerobic Exercise Program in a Mature Forest—A Pilot Study. Evidence - Based Complementary and Alternative Medicine. Volume 2015, Article ID 614783, 9 pages.
- 2.- F.Wolfe, “Editorial: the status of fibromyalgia criteria,” *Arthritis & Rheumatology*, vol. 67, no. 2, pp. 330–333, 2015.
- 3.- Tomas-Carus P, Branco JC, Raimundo A, Garcia J , Sousa PM, Biehl-Printes C. Relação entre a dor generalizada e o limiar de tolerância à dor nos pontos sensíveis em mulheres portuguesas com fibromialgia: impacto sobre a vida diária. *ACTA REUMATOL PORT*. 2015;40:254-261.
- 4.- Abeles A, Pillinger M, Solitar B, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2011; 146:726–34.
- 5.- Martínez E. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud mental salud global* 2011; 2 (4): 1-8.
- 6.- Staud R. Future perspectives: pathogenesis of chronic pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011;21:581-596.
- 7.- Aranceta J. Community nutrition in Spain: advances and drawbacks. *Nutr Rev* 2011; 67(1): 135-139.

- 8.- Vivenes L. Niveles de sedentarismo en pacientes con fibromialgia. Centro de Medicina Física y Rehabilitación Regulo Carpio Gutierrez. Hospital Central Universitario. Barquisimeto. 2011. Tesis.
- 9.- Moreno V. Namuche F. Noriega A. Vidal M. Rueda C. Pizarro J y Vidal L. Sintomatología depresiva en la fibromialgia. 2012; 71(1): 7-23.
- 10.- León S. Arias J. Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. 2012; 25(4): 173-183.
- 11.- Fuller E. Nimigon J. Brennenstuhl S. Individuals with fibromyalgia and depression: findings from a nationally representative Canadian survey. Canadá-2012; 32(4): 62-853.
- 12.- Sener U. Uçok K. Ulasli A. Genc A. Karabacak H. Coban N. Simsek H. Cevik H. Evaluation of health-related physical fitness parameters and association analysis with depression, anxiety, and quality of life in patients with fibromyalgia. 2013; 30: 176-185.
- 13.- Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. Clin Exp Rheumatol. 2011;26:519–26.
- 14.- Rivera J, Alegre C, Ballina F, et al. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Fibromialgia. Reumatol Clin 2011; 2(2):55-66.
- 15.- Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, et al Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children Glenview (IL). American Pain Society (APS); 2011 :10(9):4-9.

16.- Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:74-80.

17.- Kessler R, Angermeyer M, Anthony J, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2011; 6 (3): 168-176.

18.- Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):39-47.

19.- Schoevers R, Geerlings M, Deeg D, et al. Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *international journal of geriatric psychiatry* 2012;24(2):169-176

20.- Yiend J, Paykel E, Merritt R, et al. Long term outcome of primary care depression. *journal of affective disorders* 2011;118(1-3):79-86

21.- Mori N, Caballero J. Historia natural de la depresión. *Rev. Peru. Epidemiol.* 2012; 14 (2): 1-5.

22.- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90.

23.-Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34(2):469–87.

24.-Katon W, Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses —NEJM. 2012; 2611–20.

25.- Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the KomoIse cohort study. *BMC psychiatry*. 2011;11(1):20.

26.- Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry*. 2012;46 (1):38-58.

27.-.-Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011;34 (2):469–87.

28.- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso J, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 198,11-6.

29.- Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S, Welzel E, Barsky A, Hofmann S. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *J Affect Disord* 2012; 118,1-3:1-8.

30.- Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2010; 8, 38.

- 31.- Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2010; 40,12:1943-57.
- 32.- Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon S, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2010; 40,2:211-23.
- 33.- Serrano A, Palao D, Luciano J, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):201-10.
- 34.- Moreno V. Namuche F. Noriega A. Vidal M. Rueda C. Pizarro J y Vidal L. Sintomatología depresiva en la fibromialgia. 2011; 71(1): 7-23.
- 35.- León S. Arias J. Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. 2012; 25(4): 173-183.
- 36.- Vallejo M. Rivera J. Esteve J. Rodríguez M. Uso del cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes con fibromialgia. *España-2012*; 5(2): 107-114.
- 37.- Fuller E. Nimigon J. Brennenstuhl S. Individuals with fibromyalgia and depression: findings from a nationally representative Canadian survey. *Canadá-2012*; 32(4): 62-853.

38.- Sener U, Ucok K, Ulasli A, Genc A, Karabacak H, Coban N, Simsek H, Cevik H. Evaluation of health-related physical fitness parameters and association analysis with depression, anxiety, and quality of life in patients with fibromyalgia. 2013; 30: 176-185.

39.- Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

40.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

41.- Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Depresión como factor asociado a fibromialgia en pacientes Del Hospital Belén de Trujillo.

ROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de Historia Clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

1.3. Sexo: _____

1.4. Procedencia: _____

II. VARIABLE DEPENDIENTE:

Fibromialgia: Sí () No ()

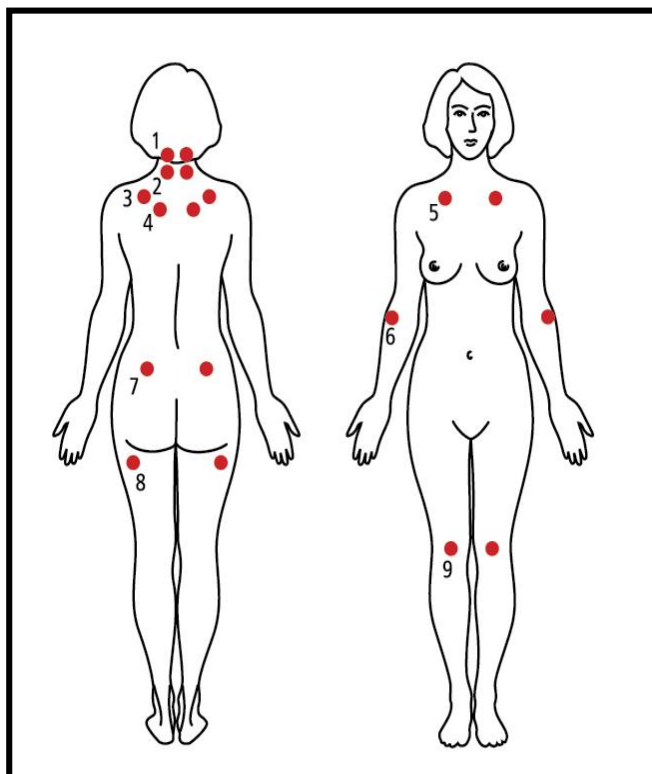
III. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Depresión: Sí () No ()

Puntaje de escala de Hamilton: _____

ANEXO N° 02

Puntos dolorosos de la fibromialgia



Criterios de clasificación del American College of Rheumatology para la fibromialgia

Historia de dolor generalizado

Se define dolor generalizado como el que aparece en un paciente que refiere dolor en hemicuerpo derecho e izquierdo, así como por encima y por debajo de la cintura. Además debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical, cara anterior de tórax, columna dorsal o columna lumbar)

Dolor (a la palpación digital) en 11 ó más de los siguientes 18 puntos

Occipital: bilateral, en las inserciones de los músculos suboccipitales

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

Trapezoidal: bilateral, en el punto medio del borde superior del trapecio

Supraespinoso: bilateral, en su origen, por encima de la línea escapular, cerca de su borde medial

Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión intercostal, a 3 cm del borde del esternón

Epicondíleo: bilateral, distal en 2 cm a los epicóndilos

Glúteo: bilateral, en el cuadrante superoexterno de las nalgas

Trocantéreo: bilateral, por detrás de la prominencia del trocánter mayor

Rodilla: bilateral, en la almohadilla grasa medial, proximal a la línea articular

La presión digital debe ejercerse con una fuerza aproximada de 4 kg

Son necesarios los dos criterios para el diagnóstico. El primer criterio debe estar presente durante al menos tres semanas. La presencia de una segunda enfermedad no excluye el diagnóstico de fibromialgia.

ANEXO 3:

Escala de Depresión de Hamilton

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Se culpa a si mismos, cree haber decepcionado a la gente2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir3. Ideas de suicidio o amenazas4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<ol style="list-style-type: none">0. Palabra y pensamiento normales1. Ligero retraso en el diálogo2. Evidente retraso en el diálogo3. Diálogo difícil4. Torpeza absoluta
9. Agitación	<ol style="list-style-type: none">0. Ninguna1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none">0. No hay dificultad1. Tensión subjetiva e irritable2. Preocupación por pequeñas cosas3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla4. Terrores expresados sin preguntarle

Items	Criterios operativos de valoración
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijos ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

ANEXO 4

A. Consentimiento Informado

ESTUDIO:

Depresión como factor asociado a fibromialgia en pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

Estimado paciente:

Con la finalidad de precisar la asociación entre la presencia de depresión y la aparición de fibromialgia en pacientes del Hospital Belén de Trujillo; se está realizando un estudio a cargo de los Drs Jorge Luis Lozada Asto y Miguel Ibañez Reluz; y del cual estamos invitando a usted a participar en forma voluntaria.

FINALIDAD DEL ESTUDIO: Precisar la asociación entre la presencia de depresión y la aparición de fibromialgia en pacientes del Hospital Belén de Trujillo

PROCEDIMIENTOS: Se la aplicación de encuestas para precisar las variables de interés.

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existen riesgos para su salud,

BENEFICIOS: Al poder identificar esta asociación, se podrá determinar el pronóstico de una manera más precisa y por lo tanto incorporar el tratamiento de la depresión como objetivo terapéutico en pacientes con fibromialgia.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que Usted nos proporcione son confidenciales, solo lo saben usted y el entrevistador.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En todo momento tiene el derecho de desistir de participar en este estudio, dado que es VOLUNTARIO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Acepto
voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y
estando conforme, recibiendo una copia de este consentimiento.
Fecha:.....

Firma de la paciente

Firma del investigador