

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**ANSIEDAD E INSOMNIO COMO FACTORES ASOCIADO A LA
FIBROMIALGIA**

AUTORA: ANGELA MARIA CABREJOS DIAZ

ASESOR: Dra. ROSA LOZANO IBAÑEZ

TRUJILLO-PERÚ

2018

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a mis padres, a mi esposo y a nuestra tantis; a quienes les debo todos mis estudios y son mis principales motores de superacion en la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco:

A Dios, por iluminarme y protegerme, en la culminación de mis estudios universitario.

A mis padres, Julia y Humberto, que con su ejemplo de servicio y dedicación me alentaron a esforzarme y mejorarme cada día para poder culminar mis sueños y mis estudios. A mi tía Tere que sin su apoyo desde el principio no hubiera iniciado ni terminado esta larga pero noble profesión.

A mi Esposo, hija y suegra gracias a su comprensión, el apoyo y el tiempo sacrificado, porque fueron mis mejores motores para poder culminar mis metas y poder mejorar cada día hacia mi mejor versión de mi persona como esposa, madre y profesional.

A mis amigos, compañeros y maestros de clase por todo el conocimiento brindado para convertirme en una buena profesional en beneficio de nuestra población y los más necesitados.

ÍNDICE

	Páginas
DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS	23
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO.....	46

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la ansiedad e insomnio como factores asociados a fibromialgia en pacientes del Consultorio Externo de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal y prospectivo, a doble ciego que evaluó a 241 pacientes nuevos según criterios de inclusión y exclusión establecidos y distribuidos en dos grupos: con y sin ansiedad-insomnio.

Resultados: Se observa que el 61% de los pacientes sufren de fibromialgia y padecen de ansiedad e insomnio, el 22% de los pacientes sufren de fibromialgia y no padecen de ansiedad e insomnio, el 2% de los pacientes no sufren de fibromialgia y padecen de ansiedad e insomnio, en tanto que el 15% de los pacientes no sufren de fibromialgia y no padecen de ansiedad e insomnio. El valor de la prueba Chi Cuadrado es $X^2 = 49.764$ con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$) OR = 15.772, la cual se encuentra entre 6.282 y 39.598 al 95% de confianza.

Conclusiones: La ansiedad-insomnio es un factor de riesgo asociado a fibromialgia. El promedio con ansiedad e insomnio en el grupo de pacientes con fibromialgia fue significativamente mayor que los pacientes sin fibromialgia.

Palabras Claves: *Factores de riesgo, ansiedad, insomnio, fibromialgia.*

ABSTRACT

Objective: To demonstrate if anxiety-insomnia as factors associated with to fibromyalgia in outpatients of external clinic of rheumatology at Trujillo Belén Hospital.

Methods: There was conducted an analytical, cross-sectional, prospective, double-blind study. The study's population was conformed for 241 new patients, with inclusion and exclusion standards distributed in 2 groups: with or without anxiety-insomnia.

Results: It is observed that 61% of patients suffer from fibromyalgia and suffer from anxiety and insomnia, 22% of patients suffer from fibromyalgia and do not suffer from anxiety and insomnia, 2% of patients do not suffer from fibromyalgia and suffer from of anxiety and insomnia, while 15% of patients do not suffer from fibromyalgia and do not suffer from anxiety and insomnia. The value of the Chi square test is $X^2 = 49.764$ with significance level less than 5% ($p < 0.05$) OR = 15,772, which is between 6,282 and 39,598 at 95% confidence.

Conclusions: Anxiety-insomnia is a risk factor associated with fibromyalgia. The average with anxiety and insomnia in the group of patients with fibromyalgia was significantly higher than the patients without fibromyalgia.

Keywords:

Hazardfactor, anxiety, insomnia, Fibromyalgia

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico:

La Fibromialgia (FM) comprende uno de los síndromes dolorosos más frecuente y más difícil de manejar en el área de la reumatología se comporta como una enfermedad crónica, debilitante y psicológica, cuyos orígenes se desconocen. Origina un cuadro de dolor músculo esquelético, difuso, de origen no articular, crónico y generalizado, donde no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen. (1,2). Tiene el código M79.7 de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) como una enfermedad de reumatismo no articular. (3). Estableciendo sus criterios diagnósticos por el Colegio Americano de Reumatología en 1990. (4)

La fibromialgia se produce en todas las poblaciones del mundo y los rangos de prevalencia son elevados en los servicios de atención médica general y especializada, oscilando entre 2% y 4% en la población general. (5). Miro y Cols, hace referencia a Kitz y cols. quien reporta que este síndrome afecta entre el 2% al 5% de la población general y suele aparecer entre los 30-50 años. (6) Wolf y cols. obtuvieron una prevalencia en pacientes con FM del 2,1% de un total de 2445 pacientes del cual el 2,4% fueron mujeres y el 1,8% hombres reportando que las mujeres constituyen hasta el 90% de los pacientes.

En España el estudio EPISER encontró una prevalencia de 2,4 % de fibromialgia en la población general. En Alemania un estudio realizado por Arnold y cols., calcula una prevalencia poblacional global de 2% (3,4% en mujeres y 0,5% en varones), mientras que estudios provenientes de diferentes países europeos encuentran una prevalencia poblacional que oscila entre 0,7% y 10,5%. (7 ,8).

No hay muchos datos en nuestro país acerca de la fibromialgia, pero según un estudio de Prevalencia de FM en Chiclayo en el 2011, publicado por León- Jiménez y cols.; nos refiere que se encontró una prevalencia de 2,99%, de los cuales 4,9 % fueron hombres y 2,4 fueron mujeres. En el estudio COPCORD Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases) ensayado por el APLAR (Asia Pacific League of Associations for Rheumatology) en Tambo Viejo-Cieneguilla, Perú, en el 2010, se encontró una prevalencia de fibromialgia 2,99%, (IC95%: 1,5-4,4%) (9)

En relación a la etiología de la FM, Chávez Hidalgo nos expone que las personas con fibromialgia, poseen una función alterada del sistema de inhibición del dolor endógeno, esta puede verse afectada por las deficiencias en los niveles de neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central. Los datos más recientes indican que estos pacientes presentan una alteración en los mecanismos de procesamiento del dolor, secundario a un desequilibrio en la concentración de neuromoduladores a nivel del sistema nervioso como Serotonina y norepinefrina. Los pacientes con fibromialgia se caracterizan por bajos niveles séricos de serotonina y bajos niveles en el líquido cefalorraquídeo de metabolitos de la serotonina, norepinefrina y dopamina. El investigador reporta una frecuente comorbilidad de la fibromialgia con trastornos del estado de ánimo lo cual sugiere un papel importante para la respuesta al estrés y anormalidades neuroendocrinas. (10,11).

Por su parte Gonzales Ramírez y cols. Mencionan que las alteraciones psicologicas atravez de nuestra vida y percepcion al estrés impacta y da la severidad de la fibromialgia y sus síntomas. (12). Revuelta y cols en España. reflejan la asociación existente entre la FM y los trastornos psicológicos y psiquiátricos dentro de los más frecuentes es la ansiedad y la depresión, cuya asociación puede ser causal, comorbilidad o secundaria a los mismos, lo que retrasa la curación del paciente. (13).

Según estudios los trastornos de ansiedad se consideran padecimientos mentales muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública dentro de la sociedad. Se ha estimado que en todo el mundo tienen una prevalencia durante la vida de 13.6 a 28.8%, así como una prevalencia en los últimos 12 meses de 5.65 a 19.3% en México. Estos rangos dependen del procedimiento de muestreo, los instrumentos de diagnóstico y la inclusión o exclusión de los casos de ansiedad secundarios a causa médica. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad reportaron una prevalencia de 14.3%. En las áreas metropolitanas de México encontrándose la mayor prevalencia: 3.4%. Por lo tanto los autores nos aseguraran que un estado de ansiedad de una intensidad moderada produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño, Así también, se encuentra en diversas literaturas la propuesta que la ansiedad puede generar insomnio (14 ,15).

Dentro factores de riesgo para la FM observamos que los pacientes pueden experimentar falta de motivación, predisposición familiar, sexo, factores ambientales, como traumatismos o lesiones físicas, infecciones y otros factores de estrés por ejemplo: trabajo, vida familiar e historia de abuso, plantean un riesgo adicional. Lo cual podría comprometer y afectar el estado de somnolencia y aumentar la sintomatología de FM(8,10).Los estudios genómicos recientes refirieren también el importante papel de la catecol O-metiltransferasa, citoquina, adrenérgico, dopamina, glucocorticoides y receptores de mineralocorticoides, receptores de canal hierro y transportador de serotonina en el desarrollo y mantenimiento de la complejidad sintomatológica. (10)

Los exámenes físicos muestran valores normales en la mayoría de los indicadores relacionados con músculos, nervios o tendones, tales como fuerza o elasticidad, siendo el único síntoma físico contrastable la presencia de sensibilidad a la palpación en áreas localizadas específicas, denominadas puntos sensibles o 'tender points'. Situados de manera

simétrica sobre diferentes músculos, huesos o articulaciones. De esta forma, el Colegio Americano de Reumatología destacó únicamente la presencia de dos criterios recomendados para el diagnóstico de FM: dolor músculo-esquelético generalizado en ambas partes del cuerpo y por encima y debajo de la cintura, y dolor en 11 del total de los 18 puntos sensibles antes mencionados durante una palpación ejerciendo una presión de 4 Kg/cm. (ACR. Wolfe et al. 1990). Se estudian diversas causas de la fibromialgia, pero no se ha llegado a resultados concluyentes respecto a su etiología provocando un interés creciente por el estudio de los factores psicosociales implicados en este síndrome. (16)

Dentro de los síntomas los aspectos psicológicos tienen un papel muy importante en la fibromialgia, debido al sufrimiento que conlleva el dolor crónico, el cual incrementa el malestar y disminuye la calidad de vida del individuo. Este sufrimiento suele traducirse en trastornos psicológicos. Se estima que el 32,3% de los pacientes con fibromialgia sufren síntomas ansiosos, y el 34,8% síntomas depresivos. Los pacientes con FM han tenido más trastornos emocionales, un repertorio más escaso de estrategias para afrontar el dolor, una red de relaciones sociales mucho más escasa y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la gente. Producen inicialmente una drástica reducción de reforzadores en el paciente, que requiere continuos esfuerzos considerados como estrategias de afrontamiento desadaptativas, que llevan a pensamientos negativos y a emociones disfuncionales como la ansiedad, la depresión y la ira en individuos vulnerables. Los clínicos también reconocen una asociación entre el inicio de la FM y los estresores psicológicos crónicos. Algunos autores hablan de hasta un 47% de los pacientes con FM padecen algún trastorno de ansiedad. (15, 16, 17,18)

Respecto a la ansiedad se define como la manifestación de un estado emocional en que el individuo se siente y se describe como inquieto, nervioso, atemorizado o excesivamente preocupado por temas concretos o

quizá indefinidos según la investigación publicada en el 2009 por Sicras-Minas y Cols. Se introdujo como categoría diagnóstica en el DSM-III, en 1980. Es más frecuente en el sexo femenino en proporción de 2 a 1 y su momento de aparición suele ser la edad adulta. La prevalencia en mujeres mayores de 45 años esta entre el 8 y el 10% y según datos de National Comorbidity Survey (NCS) de Estados Unidos, los individuos que tienden a padecer este trastorno de ansiedad son mujeres, con bajos niveles de escolarización y sin hijos. Por lo que estos pacientes con trastornos de ansiedad generalizada significan un presupuesto y recursos elevados por las comorbilidades que esta acarrea. (19)

Los trastornos por ansiedad generan dificultades, tanto en conciliar como en mantener el sueño (frecuentes despertares), presentándose diferentes formas de insomnio, si bien la más común es el retardo en el inicio del sueño. La relación entre ansiedad y problemas de sueño no solamente se manifiesta en la dificultad de conciliar y mantener un sueño de calidad cuando el sujeto es prisionero de su angustia, sino que el mal dormir puede ser la principal causa de los problemas emocionales del día siguiente, agravando un círculo vicioso entre la ansiedad, el insomnio y la alteración de la percepción del dolor (20)

En los últimos años diversas líneas de investigación han comenzado a subrayar cada vez más la influencia del sueño en los síndromes de dolor crónico, incluida la FM. Se ha sugerido que las alteraciones del sueño contribuyen a disminuir la función inhibitoria sensorial del sistema nervioso central en la percepción de estímulos nocivos. En el estudio publicado en el 2013 realizado en Alemania por Schuh-Hofer y cols. Nos muestra que los trastornos del sueño, incluyendo la aparición de sueño no reparador, son muy comunes en los pacientes con FM, se demostró que la falta de sueño es un síntoma común en FM, el cual se presenta en aproximadamente 70- 75% de los casos.

Tratando de comprender la importancia del sueño en la fibromialgia; la revisión de Prados y Miró publicada en el 2012 demuestra interacciones complejas entre la alteración del sueño, las anomalías neuroendocrinas e inmunitarias y los síntomas clínicos presentes en la fibromialgia, que sugieren que las alteraciones del sueño pueden ser tanto causa como consecuencia de esta enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud el insomnio, es una alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo. Estos problemas de sueño pueden llegar a ser incluso más molestos que el propio dolor, observándose que después de la rigidez y la fatiga, el sueño no reparador es el tercer síntoma que más pacientes con FM experimentan con alta intensidad, situándose el dolor en cuarta posición. Además, se ha informado que el 44,4% de los pacientes con FM sufre con frecuencia insomnio y el 62,9- 65,7% considera que su sueño no es suficientemente reparador/profundo. Entre el dolor y el sueño parece existir una relación recíproca, de tal modo que el dolor puede dificultar la consecución de un sueño de calidad y a su vez la dificultad para dormir puede intensificar el dolor. (21, 22,23, 24)

Diversos estudios en pacientes con fibromialgia nos revelan que existen la activación crónica de diversas citocinas proinflamatorias, la alteración de la liberación de la hormona del crecimiento, que se secreta en las fases profundas del sueño lento y aparece muy disminuida o ausente en la fibromialgia, disminución de la melatonina por alteración del ritmo circadiano, la disminución de la hormona de crecimiento, el anticuerpo anti-68/48 k Da , se ha relacionado este síndrome con la presencia de hipersomnia y el antígeno leucocitario humano HLDQB1-0602; han llevado a considerar que su presencia explica las alteraciones del sueño en esta patología. (23)

Se ha constatado que los pacientes con FM con déficits objetivos de sueño muestran niveles más altos de dolor, consideran que su sueño es peor, e informan de más síntomas depresivos y mayor impacto negativo de la enfermedad sobre el funcionamiento que aquellos sin tales déficits de sueño. Un punto importante es fundamental puesto que los problemas de sueño de los pacientes con FM pueden ser de gran relevancia para la comunidad ya que aquellos con uno, dos o más síntomas de sueño conllevan más costos directos e indirectos que aquellos sin ningún síntoma de sueño. (24)

1.2. Antecedentes:

Máñez y cols, en España en 2005 estudiaron la relación entre el trastorno depresivo, las alteraciones del sueño y su influencia con el dolor en pacientes con fibromialgia. En una muestra de 31 pacientes diagnosticados de fibromialgia y 29 controles con características demográficas semejantes. Ambos grupos cumplieron la subescala del sueño del Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Destacan como resultados más importantes las diferencias en las alteraciones del sueño total y sus escalas. En los resultados se observan diferencias con significación estadística entre ambos grupos en los valores de las etapas de inicio, mantenimiento, despertar y problemas de inversión en el patrón de sueño tienen relación con el umbral doloroso al valorar el grupo total de estudio, pero no resulta significativo si se analiza en forma independiente dentro del grupo de FM. Las alteraciones del sueño y la depresión acompañarían al dolor, empeorando más la calidad de vida de los pacientes. (25)

García-Bardóna y cols. En un estudio en España en 2008, cuya muestra es de 73 pacientes diagnosticados de FM en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara, se obtuvieron niveles elevados en la evaluación psicológica y psicopatológica, cuyo resultado nos muestra niveles de 64% de ansiedad por encima del percentil 75, punto a partir del cual se considera que la ansiedad es patológica en los pacientes con fibromialgia. (26)

Rodríguez Aparicio, S y cols. en un estudio en España publicado 2012, cuyo estudio trata de describir los diferentes Estresores Vitales (EV) que padecen las personas inscritas en la Asociación de Fibromialgia de Lleida (Fibrolleida), antes de la aparición de la patología. Realizando un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 54 personas con una recolección de datos a través de encuesta y analizado con programa SPSS versión 17.0. Cuyos resultados: fueron que el principal Estresor vital

representativo antes de la aparición de la Fibromialgia es la depresión y la ansiedad. participaron mujeres entre los 34 y 73 años con una media 52,87 y una desviación de 9,611 casadas con hijos con residencia urbana y en totalidad del país. Cuya conclusión del estudio fue que las personas que han participado en el estudio tienen como principales estresores vitales la depresión y la ansiedad antes de la aparición de la fibromialgia. (27)

León-Jiménez y cols. en Chiclayo-Peru en 2011 en un estudio descriptivo, transversal, exploratorio de 508 personas; Se reportaron altas frecuencias de alteraciones del sueño: insomnio de conciliación, mantenimiento y despertar temprano. Reporto una media de la edad de $39,7 \pm 13,6$ años, (rango: 18-65), mediana 38 años; 333 (66,3%); el Autor nos refiere a Wagner, en el estudio US National Health and Wellness Survey en población general, halló que 25,7% de pacientes con fibromialgia tenían dificultad para conciliar el sueño, mantener un sueño adecuado o levantarse antes de tiempo; 63% tuvieron al menos dos de ellas. La sensación de sueño no reparador fue el tipo de insomnio más frecuente en los entrevistados con DCD y en los entrevistados con fibromialgia (55,5% y 84,6%, respectivamente; $p=0,08$); esta alteración del sueño, como única manifestación de insomnio estuvo presente en 4 (26,6%) y en 6 (33,3%) de los entrevistados con fibromialgia y DCD(9)

Miró, E. y cols. en un estudio realizado en España el 2012 Los pacientes con fibromialgia mostraron una puntuación media superior en calidad de sueño total que fue superior al punto de corte empleado en estudios previos para diferenciar a las personas que duermen bien de las que duermen. Las mujeres con FM obtuvieron puntuaciones inferiores en calidad de sueño, mayor latencia del sueño y menor duración de sueño y eficiencia del sueño, mayor número de perturbaciones, mayor consumo de drogas para conciliar el sueño y disfunción diurna que el grupo control, calificando en el grupo de FM como mala o bastante mala la calidad del sueño con 87.8%. La eficiencia del sueño del 54.5% de los participantes fue menor del 65%, se identificaron disfunción diurna y alteraciones del sueño diurna

en un 91.7% y el 86.7% de los casos, así también el grupo de mujeres con FM encontraron puntuaciones medias más alta con respecto mujeres sanas en lo concerniente a la ansiedad.

La calidad de sueño se correlacionó significativamente con la intensidad del dolor, depresión, ansiedad, nivel de funcionamiento y predicción del sueño. Sobre las consecuencias del insomnio sobre la salud correlaciona significativamente con la ansiedad y latencia del sueño. (28)

Alvarado M. y montenegro D. en Perú en 2013 realizaron un estudio fue analítico de tipo casos y controles. Para determinar la asociación entre Depresión y Ansiedad con el Síndrome de Fibromialgia en los pacientes atendidos por consulta externa de tres centros asistenciales del distrito de Chiclayo. Estudio Usando como medio evaluatorio los test de Zung para Depresión y Ansiedad. Se usó estadística descriptiva, frecuencias absolutas y relativas, se midieron los ODDS ratio para depresión y ansiedad y los intervalos de confianza, de un nivel de significancia de 0,05; 208 pacientes en total, 52 (25%) fueron casos y 156 (75%) controles. Hubo mayor frecuencia de Síndrome de Fibromialgia en las mujeres 48(92%); la mayoría de pacientes con Fibromialgia tuvieron algún grado de Depresión y Ansiedad: 50(96,2) y 48(92,3%) respectivamente, la depresión fue en mayor medida de tipo severa 20(38,4%) y el nivel de ansiedad más frecuente fue el tipo mínimo-moderada 26 (50%). Se halló asociación entre Síndrome de Fibromialgia y ansiedad; mas no con depresión Concluyendo que la Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de fibromialgia fue elevada. Sólo se halló asociación entre esta y la Ansiedad. (29)

González Vives en España publicado el 2013 realizaron un estudio que evaluó diversas variables dentro de las que apreciamos la relación ansiedad y la fibromialgia, cuyo método de análisis y recolección de datos fue una serie de cuestionarios que examinan los síntomas de FM: Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ), visuales escala analógica del dolor (EVA), y la personalidad y las variables psicológicas

(impulsividad y La hostilidad, la búsqueda de sensaciones y el autocontrol, Trauma Historia, Personalidad , escalas de Ansiedad y las escalas de depresión). La muestra fue de 59; Se reclutaron 20 pacientes con FM primaria y 39 sanos controles, todas mujeres. EL estudio fue transversal sobre pacientes con síndrome fibromiálgico ambulatorios, comparados con sujetos controles sanos. La media de edad del grupo FM F fue 41,09 años, y la del grupo Control de 42,65 años. Método de Evaluación de la ansiedad fue a través de la Escala de Hamilton (HAMA), Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI). Los Resultados indican diferencias entre variables: ansiedad-rasgo:, siendo superior en la FM. Y ansiedad-estado, siendo superior en la FM. Encontrándose asociación entre fibromialgia y trastornos de ansiedad; que es claramente significativa. Con un porcentaje del 35% cuyo resultado encaja en el rango de otros estudios realizados por otros investigadores. (30)

Albiol y cols.: en España, publicado en 2014 Nos muestra un primer estudio de casos y controles llevado a cabo para determinar la relación entre la fibromialgia y el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ trata de establecer la relación entre dicha entidad diagnóstica y la personalidad normal. Las muestras diagnosticadas de fibromialgia, emparejadas por edad y sexo con un grupo control (de = 94). Dicho grupo se extrajo de una muestra de población general, estratificada por sexo y edad, de 570 hombres y 599 mujeres con un rango de edad de 18 a 93 años.

Para la evaluación de la personalidad se utilizó el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman y Kuhlman (Zuckerman y Kuhlman, 1993). Se evalúan cinco dimensiones básicas de personalidad entre ellas Neuroticismo-Ansiedad. Este análisis nos muestra puntuaciones elevadas en Neuroticismo y bajas en Intolerancia al Aislamiento; son factores predictores de alta probabilidad de ser diagnosticado de fibromialgia. Riesgo alfa asumido fue del 5%. El modelo final obtenido del análisis de regresión logística fue estadísticamente significativo para el neuroticismo-ansiedad. Se concluye que médicos y psicólogos trabajen conjuntamente

en la construcción de un paradigma donde la perspectiva médica y la psicológica sean ambas consideradas para una mejor conceptualización de la fibromialgia. (31)

Cabrera, V. et al en un estudio en Alicante, España, utilizando como criterios externos BDI y STAI-E. Evaluamos 131 mujeres diagnosticadas de FM recibiendo tratamiento ambulatorio en la unidad de fibromialgia del Hospital de San Vicente .La media de edad fue de 50.15 años, mayoritariamente casadas (68.7%). El 82.4% de las pacientes habían sido diagnosticadas de FM antes de la llegada a la unidad, con edad media de inicio del dolor de 36.2 años. Se encontró una prevalencia de ansiedad y depresión superior a un 70% y un 50% respectivamente, según los puntos de corte. Este resultado coincidió con lo referido en la literatura acerca de la presencia de estos trastornos en FM. (32)

Vatthauer, K.E et al En un estudio en USA el 2015, cuya muestra estaba compuesta por 13 mujeres con fibromialgia (FM) solamente y 26 mujeres con fibromialgia con Insomnio crónico comórbido (FMI). Se sometió a una sola noche de polisomnografía ambulatoria y completaron un diario de sueño cada mañana durante 14 días antes de realizar un protocolo de neuroimagen. Se utilizaron nuevos análisis de imagen para identificar regiones asociadas con trastornos del Sueño se observó que eran más activos en los períodos de tareas negativas que los períodos orientados a tareas en los participantes con FM, en comparación con los participantes con FM. Los análisis revelaron que El sueño significativamente desordenado ha contribuido significativamente a las diferencias de grupo en el cíngulo derecho Giro, núcleo lentiforme izquierdo, cíngulo anterior izquierdo, giro superior izquierdo, giro frontal medial, el caudado derecho y los lóbulos parietales inferiores izquierdos. Los resultados sugieren que FM puede alterar algunos cerebros, por encima y más allá de FM. Sin embargo, el trabajo futuro deberá investigar. (33)

Ucar M. et al proporcionan un estudio con datos valiosos sobre la prevalencia y gravedad de la depresión Ansiedad en la salud en pacientes con FMS. El estudio reclutó a 95 pacientes con FMS. Todos los participantes completaron el Formulario Corto de Inventario de Ansiedad para la Salud (HAI-SF) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). El dolor se evaluó en pacientes con FMS utilizando el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Y Escala Visual Analógica (VAS). En este estudio participaron 95 pacientes con FMS (15 varones) y 95 controles sanos (17 varones). Las puntuaciones medias de SD HAI-SF y BDI fueron significativamente mayores en pacientes con FMS que en controles. Hubo correlaciones altamente significativas entre FIQ Y HAI-SF, FIQ y BDI, y HAI-SF y BDI. Los pacientes con FMS tuvieron puntuaciones significativamente más elevadas de HAI-SF y BDI que pacientes sanos controles. Se ha demostrado que las puntuaciones de ansiedad son mayores en pacientes con clínica de Insomnio y dolor crónico en comparación con pacientes con dolor crónico solo. Demostrando que las puntuaciones de ansiedad, la prevalencia de la ansiedad por la salud fue más alta en las clínicas. (34)

1.3 Justificación:

Este estudio es importante porque permitirá establecer si la ansiedad-insomnio es un factor asociado a fibromialgia, tomando en cuenta que en los últimos años se ha convertido en una de las patologías más frecuentes de la consulta en reumatología. Además de ello conviene relacionar la ansiedad, al ser un trastorno frecuente, con el insomnio y su participación en el desarrollo de la FM. La asociación de todos estos fenómenos se convierte en el objetivo principal de esta investigación.

El trabajo es trascendente debido a que el número de casos de FM con los años y el ritmo de vida actual se encuentra en aumento, alterando la calidad de vida y limitando el desarrollo social. Los resultados beneficiaran tanto a mujeres como hombres que padecen de este síndrome al pretender mejorar la comprensión sobre su probable aparición.

Nuestra investigación pretende resolver en parte la duda que existe en cuanto al origen de la fibromialgia. Actualmente hay investigaciones observacionales que tratan de explicarnos la asociación entre ansiedad o insomnio y fibromialgias; por lo tanto, considerando que la ansiedad o insomnio es una condición modificable, resulta de utilidad verificar esta asociación en nuestro medio puesto que no hemos identificado en la revisión bibliográfica llevada a cabo estudios similares.

1.4 Formulación del problema científico

¿Qué relación hay entre la ansiedad o insomnio en pacientes con fibromialgia del consultorio externo de reumatología del Hospital Belén de Trujillo en el periodo febrero 2018 - mayo 2018?

1.5 Hipótesis:

•**Ho:** la ansiedad o insomnio no es un factor de riesgo para los pacientes con fibromialgia del Consultorio Externo de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo

•**Ha:** la ansiedad o insomnio es un factor de riesgo para los pacientes con fibromialgia del Consultorio Externo de Reumatología de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo.

1.6 Objetivos:

General

- Establecer si la ansiedad o insomnio son factores de riesgo en pacientes con fibromialgia atendidas en el consultorio externo del Hospital Belén de Trujillo en el febrero–mayo del 2018.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de ansiedad e insomnio en pacientes con fibromialgia.
- Precisar la frecuencia de ansiedad e insomnio en pacientes sin fibromialgia.
- Comparar las frecuencias de ansiedad e insomnia entre los pacientes con y sin fibromialgia.
- Determinar el porcentaje de las características sociodemográficas (Edad, Sexo, Numero de hijos y grado de instrucción) y clinicas (depresión, ansiedad e

insomnio, medicación psicotrópica, despertares en la noche); si están asociadas o no están asociadas a fibromialgia.

- Determinar a través del análisis multivariado la contribución de variables independientes en pacientes con fibromialgia
- Contrastar los promedios del puntaje del cuestionario de Golberg 28, GHQ 28, entre pacientes con y sin fibromialgia.

II MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Poblaciones:

- ✓ **Población universo, ideal o diana** Estuvo constituida por los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo en el período de febrero del 2018 – mayo del 2018.
- ✓ **Población de estudio** Estuvo constituida por los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belén de Trujillo en el período de febrero del 2018 – mayo del 2018 que cumplieron los siguientes criterios de selección:

2.2 Criterios de Selección

- ✓ **Criterios de Inclusión:** Pacientes adultos (≤ 20 y ≤ 70 años cumplidos) con diagnóstico reciente del SFM por reumatólogo o internista con dolor localizado osteomuscular (por ejemplo: tendinitis, bursitis, lumbalgia).
- ✓ **Criterios de Exclusión:** Pacientes adultos con déficit cognitivo agudo o crónico reagudizado, EMTC, Diabetes, enfermedades reumáticas como Artritis Reumatoide, LES, polimiositis o dermatomiositis, que no sean latinoamericanos, y los que no quieran colaborar con el estudio.
- ✓

2.3 Muestra:

- ✓ **Unidad de análisis:** Cada paciente con ansiedad e insomnio con diagnóstico de fibromialgia en el servicio de reumatología del Hospital Belén de Trujillo que cumplen los criterios de inclusión y de exclusión.
- ✓ **Unidad de muestreo:** Paciente con ansiedad e insomnio con diagnóstico de fibromialgia en el servicio de reumatología del Hospital Belén de Trujillo que

cumplen los criterios de inclusión y de exclusión., en el periodo de febrero a mayo del 2018.

- ✓ **Tamaño muestral:** El tamaño de la muestra se obtendrá utilizando la siguiente fórmula (35):

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Dónde:

n₀: Tamaño inicial de muestra.

Z_α: 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 0.03 (3%)

OBTENEMOS:

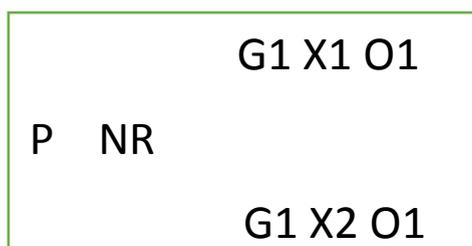
$n0 = (1.96)^2(6)(94)(3)^2$

$n = 241$ pacientes

2.4 Diseño del estudio:

2.4.1. Tipo de Estudio: Analítico, transversal, prospectivo

2.4.2. Diseño específico



Leyenda:

P : Población

NR : No randomización

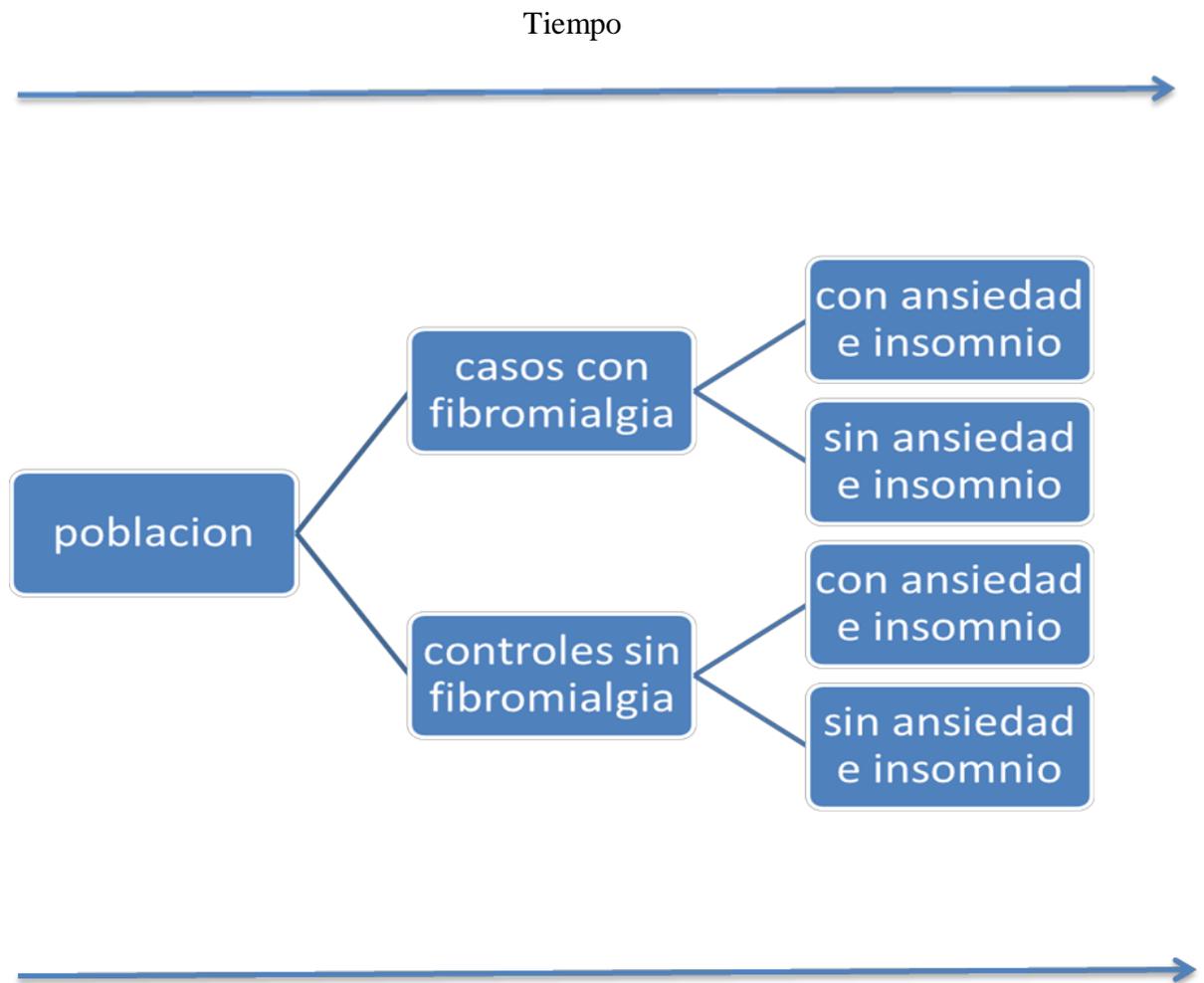
G1 : Pacientes atendidos por consultorios externos de reumatología

X1 : con Ansiedad-Insomnio

X2 : Sin Ansiedad -Insomnio

O1 : Fibromialgia

Esquema:



(37) Dirección

2.5 Variables y escalas de medición:

- ✓ **Variable Dependiente:** Fibromialgia
- ✓ **Variable Independiente:** Ansiedad e Insomnio

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	ÍNDICE
Dependiente Fibromialgia	Cualitativa	Nominal	diagnóstico de fibromialgia	1(SI) 2(NO)
Independiente Ansiedad- Insomnio	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de Golbert GHQ28	1(SI) 2(NO)
Covariables				
Edad	Numerica	Continua	Encuesta	años
Género	Cualitativa	Nominal	Encuesta	1(H) 2(M)
Numero de Hijos	cuantitativa	Discreta	Encuesta	
Depresión	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Encuesta 1(si) 2(no)
Se despierta en la noche	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Encuesta 1(duerme bien)2(se levanta al inicio de la noche)3(se levanta a la mitad de la noche)4 (se levanta al final de la noche)
Grado de Instrucción	Cualitativa	Nominal	Encuesta	ninguna, primaria, secundaria, superior

2.5 Definiciones operacionales:

SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

- **Síndrome de Fibromialgia:** Se define como uno de los síndromes dolorosos más frecuente y más difícil de manejar, se comporta como una enfermedad crónica, debilitante y psicológica, cuyos orígenes se desconocen. Caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso, crónico y generalizado de origen no articular, se acompaña, habitualmente, de sueño no reparador, cansancio, rigidez matutina y alteraciones cognitivas origen desconocido, donde no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen. (1)
- **Indicador:** diagnóstico clínico.
- **Control:** paciente con patología dolorosa aguda, localizada en una sola parte del cuerpo, que cumpla criterios de inclusión para control.

SINDROME DE ANSIEDAD

- **Ansiedad:** estado emocional en que el individuo se siente y se describe como inquieto, nervioso, atemorizado o excesivamente preocupado por temas concretos o quizá indefinidos (13,14)
- **Indicador:** cuestionario de salud general de Golberg.

INSOMNIO

- **El insomnio, es** una alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo. (21)
- **Indicador:** cuestionario de salud general de Golberg

SEXO DEL PACIENTE:

- **Definición:** sexo del Paciente: Corresponde a cada paciente.
- **Indicador:** Sexo: Femenino, Masculino.

EDAD DEL PACIENTE:

- **Definición:** Corresponde a la edad del paciente en el momento de la contestación de la encuesta.
- **Indicador:** Edad: años

DEPRESIÓN

- **Indicador:** cuestionario de salud general de Golberg
- **Caso:** paciente con diagnóstico de FM llevado a cabo por un médico reumatólogo, que cumpla los criterios de inclusión.

SE DESPIERTA EN LA NOCHE

- **Definición:** Corresponde a si el paciente estando dormido se despierta sin motivo aparente durante el sueño nocturno.
- **Indicador:** Se considera a las categorías: duerme bien, se levanta al inicio de la noche, se levanta a la mitad de la noche y se levanta al final de la noche.

GRADO DE INSTRUCCIÓN

- **Definición:** Grado de Instrucción del paciente al momento de la entrevista.
- **Indicador:** Se considera a las categorías: analfabeta, primaria, secundaria y superior.

2.6 Procedimiento

Ingresarán al estudio los pacientes atendidos por Consultorios Externos de Reumatología del Hospital Belen de la ciudad de Trujillo Periodo noviembre – diciembre 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 obtendrá la autorización de las autoridades competentes. para la realización del estudio.
- 2- Se realizará la captación de los pacientes según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio por muestreo aleatorio simple utilizando la numeración arábica.
- 3- La recolección de datos se realizará en dos tiempos. En la primera recolección de datos se recogerá la historia clínica de cada participante para analizar si cumplían los criterios del estudio. Una vez que se determinaba la inclusión del participante se informaba de las características del estudio y se le pedía que firmase un consentimiento sobre su participación.
- 4- En una segunda toma de datos los participantes rellenarán el cuestionario general de salud de Golberg, el GHQ-28, (Anexo 4), ha sido útil para explorar la sintomatología psicológica en los pacientes de fibromialgia. Este ha sido validado y diseñado con el propósito de conocer el grado de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave; para fines de la presente investigación se considerara la versión 28 ítems debido a que se adapta mejor a este estudio en cuanto a su intensidad; consiste en un cuestionario autoadministrado de 28 ítems agrupados en 4 subescalas de 7 items cada una: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas,

progresivamente peores. En nuestro estudio utilizaremos la parte B y D, que se adapta mejor al estudio.

- 5- El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado. La puntuación total va de 0 a 28. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro, sin embargo, para muestras con alto grado de componentes somáticos, se ha propuesto el método Likert (0, 0, 1,1) con un punto de corte 5/6 como caso/ no caso respectivamente.

El cuestionario general de salud de Golberg, el GHQ-28, es un instrumento validado en sus diferentes versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (α de Cronbach = .94). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. (38,39)

2.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN (40)

- La información necesaria para nuestra investigación será recolectada mediante una ficha ad hoc como lo mostramos en los Anexos.

2,8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO (41)

- El procesamiento de la información se hará usando el paquete estadístico SPSS versión 23.0.
- Estadística descriptiva: Se tomará en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), plasmados en tablas tetracóricas de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio.

- Estadística inferencial: Para el análisis se aplicará la prueba estadística del Chi cuadrado para determinar la asociación o independencia de las variables en estudio, considerándose $p < 0,05$ como significativo y $p < 0,01$ altamente significativo. Así mismo se aplicará la prueba de asociación de Odds ratio, con su intervalo de confianza al 95%

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- La presente investigación contó con la autorización escrita del Director y comité de Investigación y Ética del Hospital Belen de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles prospectivos en donde el investigador se comprometió en mantener la confidencialidad de los datos recolectados durante el transcurso del estudio así como al final de éste, conservando de esta manera el anonimato de los pacientes se utilizó un consentimiento informado para informar del estudio a los pacientes. Se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 9, 10, 11, 12, 14, 15 ,22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 ,30) (42) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA). (43)

Por otro lado, se veló por el cumplimiento del artículo 86 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en donde contempla que atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, por lo que fue otro de los aspectos a considerar por el investigador (44).

III. RESULTADOS

La tabla 1 De un total de 241 pacientes, reunieron los criterios de fibromialgia 200 y 41 no fibromialgia según análisis clínico. El análisis bivariado según características generales muestra una distribución de los pacientes teniendo como covariables intervinientes: edad, la media fue: $54,23 \pm 13,89$ en pacientes con fibromialgia; el sexo :175(72.6%) fueron pacientes mujeres y 25 (10.4%) fueron varones. Todas las covariables como edad, sexo, grado de instrucción y número de hijos, mostró que no resultaron estar asociadas al desarrollo de Fibromialgia del total de pacientes que intervinieron en el estudio.

En la **Tabla N° 2** En el análisis bivariado se verifica la asociación de las variables: despertar durante la noche con 183(75.9%) de los que sí tienen Fibromialgia y 24 (10%) de los que no tienen Fibromialgia con un OR:7.625 IC:95% (3.441-16.895) y $P(0.001)$; depresión 181(75,1%) de los que sí tienen fibromialgia y el 18(7,5%) de los que no tienen fibromialgia con un OR: 12.173 ,IC 95% : (5.596 - 26.476) y $P(0.001)$ y la ansiedad e insomnio 146 (73%) de los que sí tienen fibromialgia y 6 (2.5%) de los que no tienen fibromialgia con un OR:15.772 IC 95%: (6.282 - 39.598) y $P(0.001)$. siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que las mismas tienen significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite asignar la condición de factor de riesgo con el desarrollo de fibromialgia. La variable de uso de medicación psicotrópica no muestra asociación con el desarrollo de la fibromialgia. Así también para saber la frecuencia de los encuestados, si tenían problemas de sueño o despertares durante la noche, usamos la estadística descriptiva para lo que se recurrió a la escala numérica del 1 al 4, siendo el 1 “duermo bien” 2 “se levanta al inicio de la noche”, 3 “se levanta a la mitad de la noche” y el 4 “se levanta al final de la noche” (**Tabla 3**). Con esta

pregunta se vio que el 75.1 % de los pacientes reconocía que tenía problemas para mantener el sueño, versus un 14.1% de los encuestados marcaron el número 1.

La pregunta del GHQ-28 que más frecuentemente fue respondida como positiva: fue la pregunta de tamizaje relacionada con ansiedad e insomnio, “¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?” con 127(52.7%) pacientes

En la **Tabla N° 4** se aprecia el análisis multivariado en el que se puede reconocer a través de la técnica de regresión logística la influencia de cada variable interviniente en un contexto más sistemático e integrado y con un mejor control de sesgos y a través de este se corroboran los hallazgos observados en el análisis bivariado al reconocer también a las variables, Grado de instrucción, depresión y ansiedad e insomnio.

IV DISCUSIÓN

El objetivo general que planteábamos en nuestra investigación, era determinar si la ansiedad e insomnio son factores de riesgo asociados a fibromialgia. Sabiendo que la Fibromialgia es uno de los síndromes dolorosos más frecuente y de difícil manejo en reumatología encontramos que dicha patología se encuentra elevada en pacientes con trastornos de ansiedad.

La ansiedad de una intensidad moderada produce casi invariablemente dificultad para conciliar el sueño lo cual hace empeorar los síntomas y aumentar la sintomatología de pacientes con fibromialgia.

El aspecto desfavorable de la ansiedad e insomnio es el impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. A partir de los datos obtenidos en nuestro estudio podemos afirmar que la ansiedad e insomnio están relacionados considerándose un factor de riesgo para el desarrollo de la fibromialgia, los rasgos evaluados en el cuestionario de GHQ-28 sobre ansiedad e insomnio nos arrojan altos valores de ansiedad e insomnio que van a producir factores responsables del equilibrio – desequilibrio emocional desencadenando la fibromialgia, según la definición que dieron los autores : en 2012 **Vallejo y cols**, en España, reportaron cifras de (55.8%) depresión y ansiedad de 79.7% en un estudio realizado a pacientes con Fibromialgia(45) **Alvarado M. y montenegro D.** en Perú en 2013 realizaron un estudio en 208 pacientes, en donde se halló asociación entre Síndrome de Fibromialgia y ansiedad; Concluyendo que la Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de fibromialgia fue elevada. Hallando solo asociación entre fibromialgia y Ansiedad. (21) con una muestra algo menor que la nuestra encontramos coincidencia en cuanto a la asociación entre las variables de interés. **Cabrera, V. et al, González**

Vives (España), Encontraron asociación entre ansiedad y fibromialgia cuyo resultado encaja en el rango de otros estudios realizados por otros investigadores (22, 23,24) y nuestro estudio. 2011 **Schaefer y cols.** Usa. Relación ansiedad y FM:57.9%(p=0.002); depresión: 69.2% p=0.001; disturbios de sueño = 56-4%; dichas cifras difieren de nuestro estudio y de otros estudios en los que la ansiedad siempre obtiene valores más elevados a la depresión. (46)

2018 **Monroy Hidalgo A. y cols** en Lima, en un estudio de tesis de la universidad Cayetano Heredia encontraron los niveles de 30.67% depresión; 54.6% ansiedad en los pacientes con fibromialgia mediante la aplicación del cuestionario HADS. (47)

2015 **León-Jiménez y Loza-Munarriz en Perú** observo en los pacientes con fibromialgia se han reportado altas frecuencias de alteraciones del sueño: insomnio de conciliación, mantenimiento y despertar temprano OR=7,62;

IC :95% (3,41-16,845); el Autor nos refiere a Wagner, en el estudio US National Health and Wellness Survey en población general, halló que 25,7% de pacientes con fibromialgia tenían dificultad para conciliar el sueño, mantener un sueño adecuado o levantarse antes de tiempo; 63% tuvieron al menos dos de ellas. Los resultados son parecidos a los de este estudio, en el que el 75.3% de los pacientes con fibromialgia tuvieron problemas en el mantenimiento del sueño, despertándose de 2 a 3 veces durante la noche interfiriendo con una buena calidad de sueño (7); por lo que se dedujo que gran parte de los pacientes tenían la impresión de que eran más las noches que les costaba dormir y tenían dificultades para mantener un sueño de calidad.

Así también **Miró, E. y cols.** en España el 2012, calificó la calidad del sueño en el grupo de fibromialgia como mala o bastante mala en 87.8% de los participantes. La calidad de sueño se correlacionó significativamente con la intensidad del dolor,

depresión, ansiedad, nivel de funcionamiento y predicción del sueño (25) coincidiendo con nuestros altos valores de 77.2% de dificultad de mantenimiento de sueño entre los pacientes entrevistados; la diferencia en porcentaje se debe a que nuestra muestra fue mayor.

Por otro lado detectamos que la depresión constituye un factor asociado importante como lo demuestran los estudios de Alvarado M. y Montenegro; **Rodríguez Aparicio, S y cols.** cuyo estudio descriptivo transversal, de 54 personas, trata de describir los diferentes Estresores Vitales (EV) de las personas inscritas en la Asociación de Fibromialgia de Lleida (Fibrolleida) los resultados: el principal Estresor vital representativo antes de la aparición de la Fibromialgia es la depresión y la ansiedad.(26) al igual que Cabrera V encontro una prevalencia de depresion superior al 50%.

Respecto al género nuestro análisis bivariado encontró un mayor porcentaje del sexo femenino respecto al sexo masculino que padecen fibromialgia coincidiendo con los datos de Gonzales Vives, Cabrera, V. et al así como **Alvarado M. y Montenegro D.** en Perú en 2013 en un estudio con 208 pacientes determino que había mayor frecuencia de síndrome de fibromialgia en las mujeres 48(92%), la diferencia en el porcentaje con respecto al presente estudio se debe al tamaño de la muestra de Alvarado es menor a la nuestra.

Una de las fortalezas de éste estudio radica en la comprobación de Fibromialgia a través del examen clínico realizado por un reumatólogo.

Dentro de las limitaciones de nuestro diseño encontramos el tiempo brindado por los pacientes al contestar el cuestionario, en algunos casos era menor al tiempo estimado,

otras posibilidades de sesgo son las circunstancias externas que puedan haber llevado a falsear las respuestas del test, así como, el tamaño de la muestra y el no ser multicentrico.

Cabe recalcar que todos los estudios citados coinciden con la relación de depresión, ansiedad e insomnio relacionando significativamente a la fibromialgia; las diferencias mínimas en porcentajes encontrados probablemente se deban a diferentes entornos en donde se realizó el estudio, diferentes instrumentos para evaluar, presencia de ansiedad y el GHQ-28

Puede ser de gran relevancia para la comunidad seguir investigando la epidemiología de enfermedades crónicas como fibromialgia pues tiene una elevada coexistencia con trastornos de salud mental que son prioridad nacional y regional en la investigación de nuestro país. (27) Otro punto importante es la relación del insomnio y fibromialgia, los que padecen uno, dos o más síntomas de sueño con llevan a más costos directos e indirectos que aquellos sin ningún síntoma de sueño (28). Sin embargo, cabe destacar que la cifra encontrada es muy significativa y que su presencia puede intervenir negativamente para la adherencia al tratamiento o su mismo estado de salud en general; estos factores de riesgo podrían abordarse a través de medidas preventivas para evitar el desarrollo de fibromialgia mejorando la calidad de vida de nuestra comunidad, por lo cual se concluye a través de este análisis que los médicos y el área de salud mental trabajen conjuntamente para conceptualizar mejor la fibromialgia y su mejor opción a tratamiento.

V. CONCLUSIONES

1. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad e insomnio y la Fibromialgia $X^2 = 49.764$;OR: 15.77(4.09-28.77) con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$).
2. Determinándose que la frecuencia de la ansiedad e insomnio que sufren de fibromialgia es del 73%.
3. Determinándose que la frecuencia de la ansiedad e insomnio que no sufren de fibromialgia es del 2.5%.
4. La edad y el sexo no se relacionan con el desarrollo de la fibromialgia, pero se encontró mayor porcentaje de casos en el sexo femenino.
5. Los trastornos del Inicio y mantenimiento del Sueño y depresión son significativamente más elevados en el grupo de pacientes con Fibromialgia que en el grupo de pacientes sin fibromialgia.
6. Determinándose que el promedio de salud general de Golberg de los pacientes con fibromialgia es el doble del paciente que no sufren de fibromialgia.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** La asociación entre las variables en estudio debería ser tomada en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición de fibromialgia en nuestra población
- 2.** Considerando que la ansiedad e insomnio son características modificable y dada la asociación identificada respecto a esta patología reumatológica; debería ponerse en marcha programas educativos preventivos relacionados con estilos de vida para el control de los niveles de ansiedad y la mejorar la calidad de sueño. De esta forma, con una adecuada educación por parte de la poblacion, la mayoría de los trastornos del sueño podrían prevenirse. Es importante que los profesionales pregunten, informen y eduquen sobre las características del sueño y los niveles de ansiedad.
- 3.** Dada la importancia de precisar las asociaciones definidas en la presente investigación; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo.
- 4.** Se recomienda en futuros estudios hacer la diferencia de la ansiedad con las molestias acarreadas en la menopausia o si esta afecta directamente en el agravamiento de los síntomas.
- 5.** Se recomienda en futuros estudios investigar si el insomnio en pacientes con fibromialgia es por el dolor o la ansiedad.
- 6.** Se recomienda seguir investigando los problemas de salud mental relacionados con la fibromialgia ya que esta aérea esta dentro de las prioridades nacional y regional en la investigación en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. S. Moyanoa, J. Kilsteina y C. Alegre de Migue. Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatol Clin.* 2015;11(4):210–214.
2. Ineco.org.ar. Instituto de Neurología Cognitiva. [Internet]. Argentina Fibromialgia. Ineco.org.ar [sede web]. [citado 7 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.ineco.org.ar/fibromialgia/>
3. Rheumatology ICD-10 Crosswalk.pdf [Internet]. [citado 24 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/fibromialgia.pdf>
4. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, et al. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11: 430-443.
5. Winfried Hauser, Jacob Ablin, Mary Ann Fitzcharles et al. Fibromyalgia. *Nature review-disease primers*, agosto 2015- 1;volume 1 , pag 1.
6. Miró E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valenza MC. [Fibromyalgia in men and women: comparison of the main clinical symptoms]. *Psicothema*. febrero de 2012;24(1):10-5.
7. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res.* mayo de 2013;65(5):777-85.
8. Arnold LM, Fan J, Russell IJ, Yunus MB, Khan MA, Kushner I, et al. The Fibromyalgia Family Study: A Genome-Scan Linkage Study. *Arthritis Rheum.* abril de 2013;65(4):1122-8.
9. León-Jiménez y cols. Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo* *Rev Med Hered.* 2015; 26:147-160. Google Search [Internet]. [citado 23 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <zotero://attachment/79/>
10. Chávez Hidalgo D. Actualización en Fibromialgia. *Asociación costarricense de medicina forense*. vol. 30(1), MARZO 2013, ISSN-0015. PAG 83-88 *Complementary and Alternative Medicine.* 2013 Nov 21;2013.

11. Vincent A, Benzo RP, Whipple MO, McAllister SJ, Erwin PJ, Saligan LN. Beyond pain in fibromyalgia: insights into the symptom of fatigue. *Arthritis Res Ther.*2013;15(6):221.
12. Gonzales-Ramirez M.T., Garcia-Campaño J., Landero-Hernandez.R. The role of stress transactional theory on the development of fibromyalgia: A structural equation model. *Actas Esp. Psiquiatr* 2011;39(2):81-87 PubMed entry [Internet]. [citado 25 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21404146>
13. Revuelta Evrad. E, Segura Escobar E, Paulino Tevar J. Depression , ansiedad y fibromialgia.*Rev. Soc Esp Dolor* 2010;17(7):326-332
14. Marjan lopez de la Parra M del P, Mendieta Cabrera D, Suarez Muñoz M.A, et al. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Ment.* diciembre de 2014;37(6):509-16.
15. Schaefer C, Chandran A, HufstaderM. Et al. The comparative burden of mild, moderate and severe Fibromyalgia: results from a cross- sectional survey in the United states. *Health and Quality of life outcomes*2011,9:71
16. Gutiérrez, José Luis González; Puente, Cecilia Peñacoba; Furlong, Lilian Velasco; López-López, Almudena; Romero, Francisco Mercado; Valero, Paloma Barjola. Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema.* Aug 2009, Vol. 21 Issue 3, p359-368. 10p
17. Herrero R, Castilla D, Vizcaino Y. et al. Aavanzes en el tratamiento de la fibromialgia: uso de la realidad virtual para la inducción de emociones positivas y la promoción de la activación comportamental. Un estudio Piloto. *Rev. Argentina de CLINICA PSICOLOGICA XXII.* Argentina. Fundación AIGLE 2013 p.p 11-120
18. Garcia-BardonV, Castel Bernal B, Vidal Fuentes J. Evidencia Científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidad de Intervención. *Reumatolog Clin.*2006;2 Supl 1: S38-43
19. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Rejas-Gutiérrez J. [Use of resources and costs profile in patients with fibromyalgia or generalized anxiety

- disorder in primary care settings]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. febrero de 2009;41(2):77-84.
20. Chóliz, M. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.): *Emociones y Salud* (pp. 159-182). Barcelona: Ariel.
21. Insomnio. *Guía De Diagnóstico Y Manejo* ;23:348-349 Organización Panamericana de La Salud Oficina Regional de OMS.
Disponible:<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/documentos/03Guias/Guia23.pdf>
22. Schuh-Hofer S, Wodarski R, Pfau DB, Caspani O, y cols. One night of total sleep deprivation promotes a state of generalized hyperalgesia: a surrogate pain model to study the relationship of insomnia and pain. *Pain*. 2013 Sep;154(9):1613-21
23. Prados G, Miró E. Fibromialgia y sueño: una revisión. *Rev Neurol* 2012; 54: 227-40
24. M. Pilar Martínez, Elena Miró y Ana I. Sánchez. Tratamiento psicológico del insomnio en la fibromialgia y otros síndromes de dolor crónico. *CM de Psicobioquímica*,2014;3:39-54.
Disponible: http://www.psicobioquimica.org/fibromialgia_fibromialgia_1.html
25. Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez-Azucena, A., y Salazar, A. (2005). Sleep quality, pain and depression in fibromyalgia. [Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia]. *Revista De La Sociedad Espanola Del Dolor*, 12, 491-500
26. V. de Felipe García-Bardóna , B. Castel-Bernala y J. Vidal-Fuentes. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl 1: S38-43
27. Rodríguez, S ; Colell, R.; Ferrer, M. Fibromialgia y Estresores Vitales. *Estudio Piloto Ágora de Enfermería (AgInf)* Vol.16.1 Marzo 2012
28. Miró, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I. et al (2012). Papel de las cogniciones disfuncionales sobre el sueño en la baja calidad del sueño, informada por los pacientes con fibromialgia. *Psicología conductual*, 20, 699-718
29. Alvarado-Moreno, J., Montenegro-Díaz, K., León-Jiménez,F.E. et al. Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales

- de Lambayeque, Perú, 2011 -2012. Rev. Méd. Risaralda 2014; 20 (2): 75-79.
 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n2/v20n2a02.pdf>
30. Sara González Vives. Tesis doctoral: Disfunciones biológicas en el eje hipotálamo-hipofisario del síndrome fibromiálgico y su correlación con variables de la personalidad. Madrid, 2013
 31. Albiol S, Gomà-i-Freixanet M, Valero S, Vega D, Muro A. Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: un estudio de casos y controles. An Psicol. octubre de 2014;30(3):937-43.
 32. Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) in fibromyalgia: sensitivity and specificity analysis. terapia psicológica 2015, Vol. 33, Nº 3, 181-193.
 33. Vatthauer, K.E., Craggs, J.G., Robinson, M. Sleep is associated with task-negative brain activity in fibromyalgia participants with comorbid chronic insomnia. USA. Journal of Pain Research 2015:819–827.
 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4648619/pdf/jpr-8-819.pdf>.
 34. Ucar M., Sarp U., Karaaslan O., et al. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. (2015) Journal of International Medical Research, 43 (5), pp. 679-685 Disponible en: <http://imr.sagepub.com/content/early/2015/08/06/0300060515587578.full.pdf+html>
 35. Fistera: Disponible en: https://www.fistera.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp
 36. Ibáñez Reluz M, Lozada Asto J. Depresión como factor asociado a fibromialgia en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. Tesis para bachiller. Universidad Privada Antenor Orrego. 2016
 37. Elia Beatriz Pineda, Eva Luz de Alvarado, Francisca H. de Canales. Protocolo e informe final. Metodología de la investigación. USA. OMS, 2da edi; 1994. p. 167-200.
 38. Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986;16:135-140. Disponible en :

- [http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1993/revista-46/04-validacion-del-cuestionario-de-salud-general-de-goldberg-\(version-28-items\)-en-consultas-de-atencion-primaria.pdf](http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1993/revista-46/04-validacion-del-cuestionario-de-salud-general-de-goldberg-(version-28-items)-en-consultas-de-atencion-primaria.pdf)
39. Campoy Aranda T.J., Gomes Araújo E. Manual básico para la realización de tesis, tesis y trabajos de investigación / coord. Antonio Pantoja Vallejo, 2015, ISBN 978-84-9727-611-5, Editorial EOS. págs. 273-300
 40. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-140. Disponible en : [http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1993/revista-46/04-validacion-del-cuestionario-de-salud-general-de-goldberg-\(version-28-items\)-en-consultas-de-atencion-primaria.pdf](http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1993/revista-46/04-validacion-del-cuestionario-de-salud-general-de-goldberg-(version-28-items)-en-consultas-de-atencion-primaria.pdf) Castañeda, M.B.,
 41. Cabrera, Alberto F., Navarro, Yadira. et al. Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS : un libro práctico para investigadores y administradores educativos. Porto Alegre: edipucrs, 2010.
 42. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.iacs.aragon.es/econocimiento/documentos/ceica/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf>.
 43. Instituto Nacional de Salud (Perú). Reglamento de Ensayos Clínicos Integra: El DS 017-2006-S.A, El DS 006-2007-S.A y El DS 011-2007-S.A. Elaborado por Instituto Nacional de Salud. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2010. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Reglamento%20ensayos%20clinicos.pdf>.
 44. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Disponible en: http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf.
 45. Miguel A. Vallejo, Javier Rivera, Joaquim Esteve-Vives, María F. Rodríguez-Muñoz. Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to evaluate anxiety and depression in fibromyalgia patients. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, Volume 5, Issue 2, April–June 2012, Pages 107-114
 46. Schaefer C1, Chandran A, Hufstader m y cols. The comparative burden of mild, moderate and severe fibromyalgia: results from a cross-sectional survey in the

United States. Health Qual Life Outcomes. 2011 Aug 22;9:71. doi: 10.1186/1477-7525-9-71.

47. Monroy Hidalgo, Alexander; Méndez Dávila, Beatriz Angélica y cols. Características clínicas, epidemiológicas y de calidad de vida de pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un hospital nacional de Lima, Perú, 2018(tesis). Disponible en: URI: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/149>

TABLAS

Tabla 1 Distribución de pacientes atendidos en el Servicio de Reumatología según características generales y presencia de fibromialgia. Hospital Belén de Trujillo - Febrero a Mayo 2018

Características generales	Fibromialgia		OR _c (IC 95%)	Valor p
	Si (n = 200)	No (n = 41)		
Edad	54,23 ± 13,89	55,71 ± 11,96	No aplica	0.875
Sexo (femenino) (Masculino)	175 (72,6%) 25 (10.4%)	33 (13.7%) 8 (3.3%)	1.697 (0.705 - 4.086)	0.234
Grado de Instrucción (otros/sup)	164(68%) 36 (15%)	36(15%) 5 (2.1%)	0.63(0.232 – 1.724)	0.368
N° de hijos (≥1/T)	174 (72.5%)	35 (14.6%)	0.84 (0.32- 2.19)	0.719

Tabla 2 Distribución de pacientes atendidos en el servicio de Reumatología según características clínicas y presencia de fibromialgia en el Hospital Belén de Trujillo – Febrero a Mayo 2018

Características clínicas	Fibromialgia		OR _c (IC 95%)	Valor p
	Si (n = 200)	No (n = 41)		
Medicación psicotrópica (Si/No)	39 (16.2%)	7 (7.5%)	1.17 (0.48 - 2.85)	0.719
Despertares durante la noche (Si/No)	183(75.9%)	24(10%)	7.62(3.44 - 16.89)	0.001
Depresion (Si/No)	181 (75.1%)	18 (7.5%)	12.17 (5.59 - 26.47)	0.001
Ansiedad e Insomnio (Si/No)	146 (73%)	6 (2.5%)	15.77 (6.28 - 39.59)	0.001

Tabla 3 Estadística descriptiva del porcentaje de pacientes con despertares durante la noche atendidas en el Consultorio Externo del Hospital Belén de Trujillo, febrero- mayo, 2018.

Despertares durante la noche	N°	%
Duerme bien	34	14.1
Se levanta al inicio de la noche	4	1.24
Se levanta a la mitad de la noche	184	76.35
Se levanta al final de la noche	19	7.9
Total	241	100

Tabla 4 Análisis multivariado de variables independientes asociadas a ansiedad e insomnio con fibromialgia. Hospital Belén de Trujillo- Febrero a Mayo 2018.

	B	Wald	p	OR_A	C.I 95%.	
					Inferior	Superior
Grado de instrucción	1.16	3.68	0.055	3.19	0.97	10.45
Depresión	1.94	18.37	0.001	6.98	2.87	16.96
Ansiedad de insomnio	2.38	22.98	0.001	10.85	4.09	28.77

ANEXOS

ANEXO Nº 01

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... Nº.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de Historia Clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

1.3. Sexo: _____

1.4 Grado de instrucción: Ninguna(), primaria (), Secundario (), Superior ()

1.5 Numero de hijos Ninguno(), 1 a más ().

1.6 Consumo de medicación psicotrópica: si- No: ansiolítico / antidepresivos.

1.7 Despertares durante la noche:

- a) Duerme bien toda la noche
- b) Se levanta al inicio de la noche
- c) Se levanta a la mitad de la noche
- d) Se levanta al final de la noche

II. VARIABLE DEPENDIENTE:

Fibromialgia: Sí () No ()

III. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Ansiedad e insomnio: Sí () No ()

Puntaje del cuestionario GHQ-28 : _____

ANEXO Nº 02

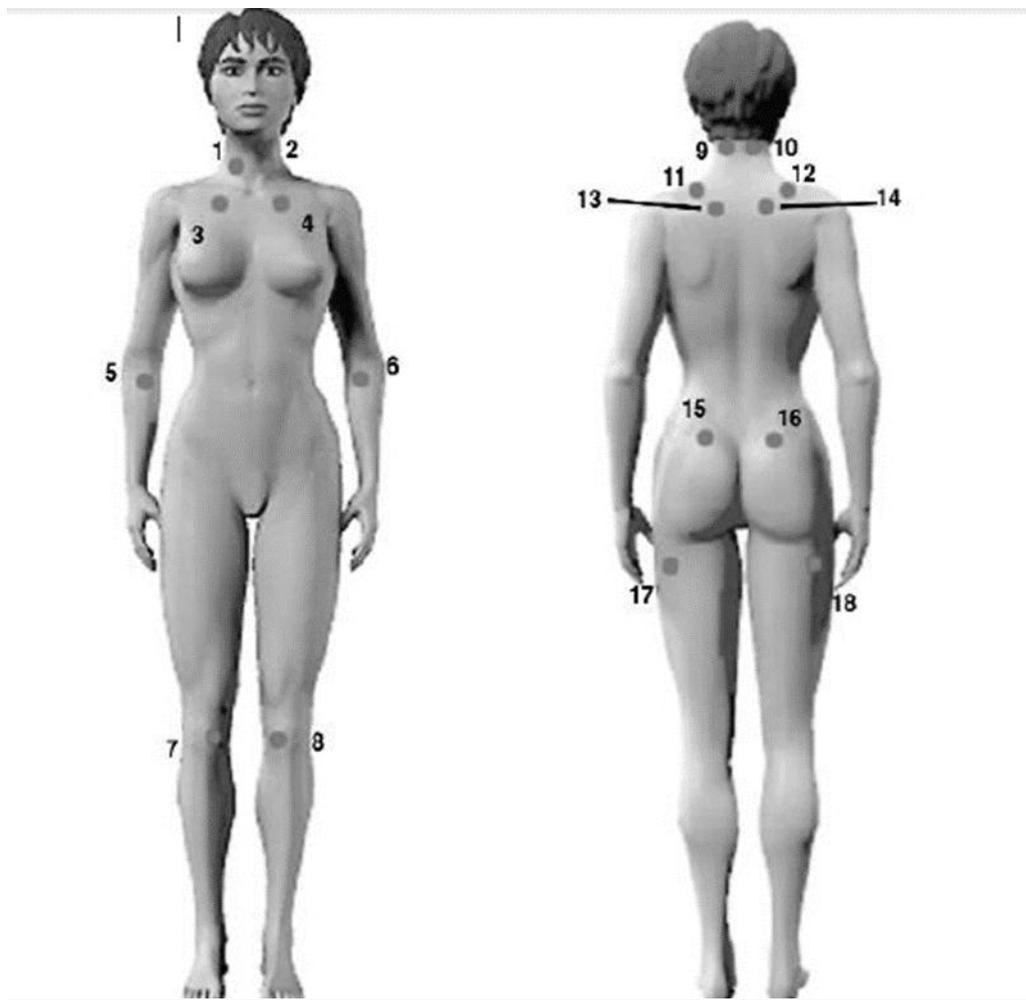


Fig. 1—Distribución de los puntos gatillo en la fibromialgia.

- 1-2 Cervical bajo: bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C4-C5, C5-C6.
- 3-4 Segunda costilla: bilateral, en la segunda unión condroesternal.
- 5-6 Epicóndilo lateral: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo.
- 7-8 Rodilla: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.
- 9-10 Occipucio: bilateral en la inserción del músculo suboccipital.
- 11-12 Trapecio: bilateral, en el punto medio del borde superior.
- 13-14 Supraespinoso: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.
- 15-16 Glúteo: bilateral cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo.
- 17-18 Trocánter mayor: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.

ANEXO N° 03

Consentimiento Informado

A. ESTUDIO:

Estimado paciente: Con la finalidad de precisar la asociación entre la presencia de ansiedad e insomnio y la aparición de fibromialgia en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo; se está realizando un estudio a cargo de los Dres Angela María Cabrejos Díaz y Rosa Lozano Ibáñez: y del cual estamos invitando a usted a participar en forma voluntaria.

B. FINALIDAD DEL ESTUDIO: Precisar la asociación entre la presencia de ansiedad e insomnio y la aparición de fibromialgia en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo

C. PROCEDIMIENTOS: Se la aplicación de un cuestionario 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 ansiedad e insomnio como objetivo terapéutico en pacientes con fibromialgia.

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

E. 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

ANEXO N° 04

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-parte B

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas DE LA PARTE B. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

