

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al dolor crónico en pacientes con fibromialgia

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología que presenta:

*Ana Paula Mendieta Vigo*

Asesora:

*Ana Mercedes Caro Cárdenas*

Lima, 2023

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ana Mercedes Caro Cárdenas, docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado “Apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al dolor crónico en pacientes con Fibromialgia” de la autora Ana Paula Mendieta Vigo, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 13%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 26/02/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: 27 de febrero de 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Caro Cárdenas Ana Mercedes.</u>	
DNI: 06477579	Firma 
ORCID: <a href="https://orcid.org/0000-0001-9983-0685">https://orcid.org/0000-0001-9983-0685</a>	

## Agradecimiento

A mi asesora Ana Caro Cárdenas por su apoyo incondicional, por brindarme todo su aprendizaje y guiarme durante todo este proceso. Le agradezco mucho por su interés de inicio y fin en el tema de investigación y por toda la paciencia otorgada.

A mis padres, por apoyarme desde muy pequeña a ser realidad mi gran sueño: ser psicóloga. Por darme las fuerzas necesarias para poder lograr todo lo que he venido trabajando con mucha fuerza y dedicación. Además, agradecerles por motivarme en los momentos más difíciles de mi vida, gracias por eso mamá.

A mis hermanos por su amor y gran ejemplo de profesionalismo. Gracias por su apoyo incondicional y enseñarme que con esfuerzo siempre se logra los mejores resultados.

A Diego por escucharme hablar sobre esta investigación por muchas horas, por brindarme su apoyo incondicional para lograr todas las metas que me propuesto. Por creer siempre en mí y ser parte de mis alegrías. Gracias por todas las amanecidas acompañándome virtualmente en la mejora de esta investigación.

A mis mejores amigas, Melanie Guardia, Melany Reyes y Karina Fernández, por su apoyo incondicional durante todo mi aprendizaje como psicóloga e investigadora.

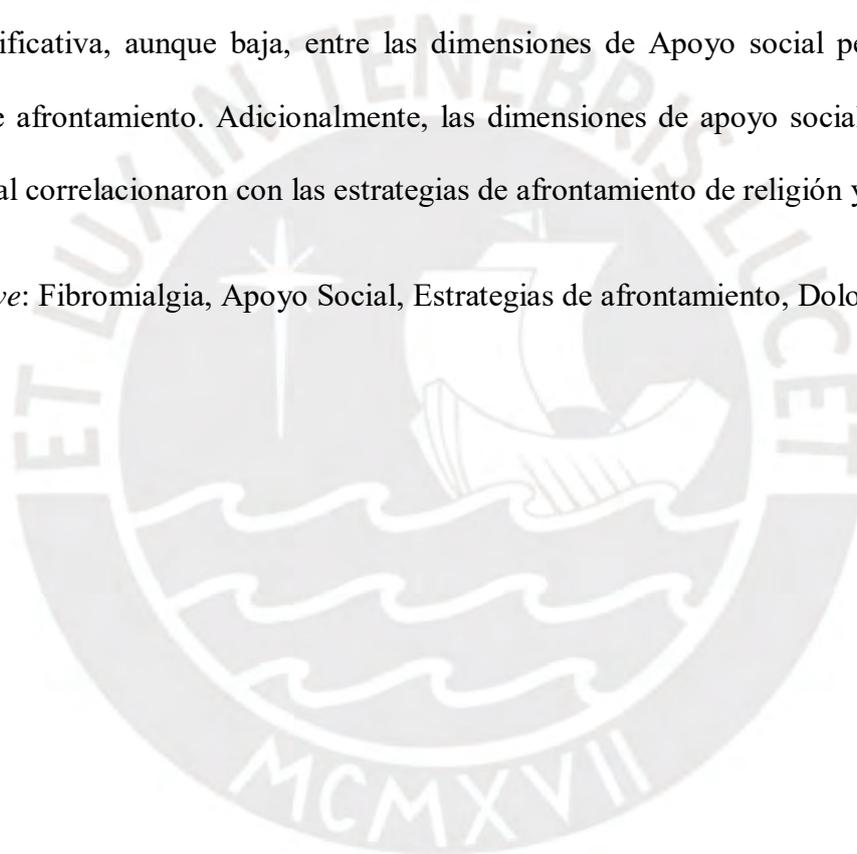
A mis ángeles, donde quieran que estén, gracias por creer en mí.

Pero sobre todo, a todas las mujeres que sufren de fibromialgia que formaron parte de esta investigación. Por darse el tiempo de llenar el cuestionario y contribuir con la profundización de esta enfermedad crónica a nivel científico.

## Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la posible relación entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico en una muestra de mujeres mayores de 18 años y diagnosticadas con fibromialgia en Lima Metropolitana. Para llevar a cabo la investigación se utilizó el *Cuestionario de apoyo social percibido (MOS)* para conocer la percepción del apoyo percibido y el *Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico Reducido (CAD-R)* para las estrategias de afrontamiento. Los resultados encontraron una relación significativa, aunque baja, entre las dimensiones de Apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento. Adicionalmente, las dimensiones de apoyo social emocional y ayuda material correlacionaron con las estrategias de afrontamiento de religión y catarsis.

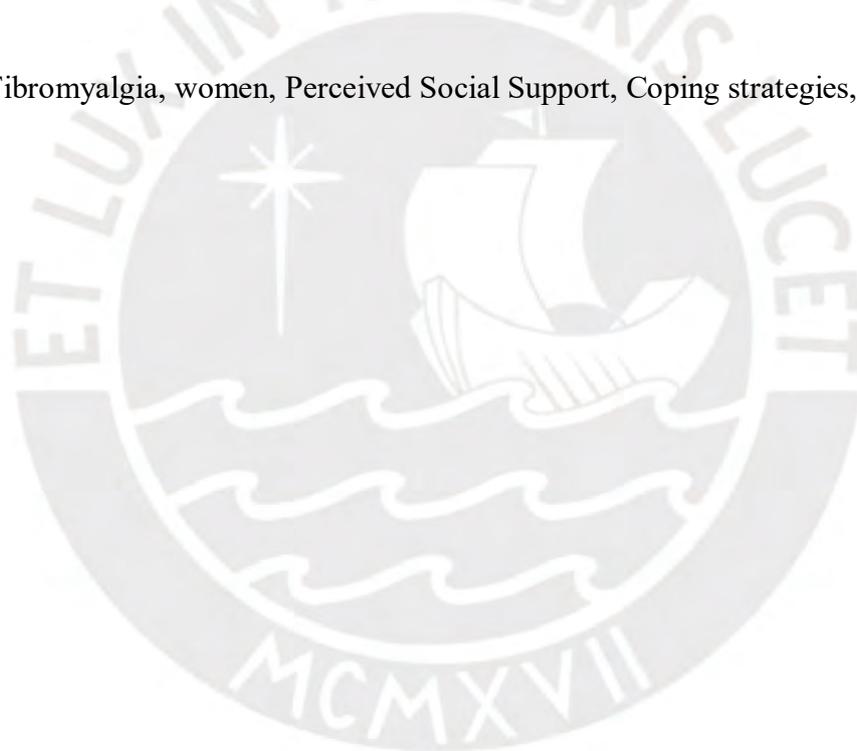
*Palabras clave:* Fibromialgia, Apoyo Social, Estrategias de afrontamiento, Dolor crónico.



## **Abstract**

The present research aims to analyze the possible relationship between perceived social support and coping strategies for chronic pain in a sample of women over 18 years of age diagnosed with fibromyalgia in Lima. To carry out the research, the Perceived Social Support Questionnaire (MOS) was used to know the perception of perceived support and the Coping Questionnaire for Reduced Chronic Pain (CAD-R) for coping strategies. The results found a significant, albeit low, relationship between the dimensions of perceived social support and coping strategies. Additionally, the dimensions of social emotional support and material help correlated with the coping strategies of religion and catharsis.

Key words: Fibromyalgia, women, Perceived Social Support, Coping strategies, chronic pain.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción .....	1
Método.....	10
Participantes.....	10
Medición.....	11
Procedimiento .....	13
Análisis de datos .....	14
Resultados.....	16
Discusión .....	19
Referencias.....	25
Apéndices.....	33
Apéndice A: Consentimiento informado para participantes.....	33
Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos .....	34

## Introducción

La pandemia por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) ha tenido un impacto en la salud física y mental de la población. En este sentido, las personas con enfermedades crónicas han sido una de las más afectadas dada la elevada mortalidad (Serra, 2020). Ello debido a la vulnerabilidad de su sistema inmunológico. Asimismo, la crisis sanitaria solo ha exacerbado más su fragilidad, ya que antes de esta, las enfermedades crónicas eran consideradas un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el 80% de las muertes son a causa de enfermedades crónicas y se presentan en países de ingresos bajos y medios, lo cual es una amenaza cada vez mayor para las personas y sus familias. Además, los pacientes con este tipo de patologías suelen manifestar fuertes síntomas que afectan sus actividades diarias y su calidad de vida como es el caso del Síndrome de la Fibromialgia (SFM).

El síndrome de fibromialgia es una enfermedad reumatológica caracterizada por presentar un dolor músculo-esquelético crónico en el individuo. Se presenta generalmente entre los 20 a 55 años afectando las zonas tendinosas, musculares, articulares y pueden también ocasionar trastornos tales como alteración del sueño, cefalea, tumefacción y parestesias (Iglesia et al., 2011; López & Mingote., 2008; Monroy et al., 2019; Triviño et al., 2014). Según la OMS, recién en el año 1999, el SFM fue incluido en la lista de síndromes somáticos funcionales, de etiología indeterminada basada en la sensibilidad y existencia del dolor, rigidez, fatiga, que es muy parecida a un cansancio continuo, y sueño no reparador (Fernández & Argüelles, 2015; Florián et al., 2020).

Asimismo, existen dos grandes síntomas propios que presentan los pacientes con esta enfermedad. En primer lugar, el dolor generalizado e intenso es esencial para el diagnóstico y las zonas que suelen provocar más dolor subjetivo son el área lumbar, cervical, hombros y las caderas. En segundo lugar, está la sensibilidad dolorosa, la cual se encuentra localizada en los puntos sensibles tales como los músculos y tendones (Ayán, 2010).

Belenguer et al. (2009) clasifican la fibromialgia en cuatro tipos que contienen los principales procesos y situaciones clínicas que manifiestan los pacientes con SFM. En este sentido, el primer tipo es la fibromialgia idiopática, el cual hace referencia a la presencia de una sensibilidad extrema al dolor no asociada a procesos psiquiátricos (Müller et al., 2007). Los síntomas más frecuentes en este subgrupo son el dolor de cabeza y las alteraciones en el

sueño; sin embargo, estas señales no perjudican en gran medida a la rutina tradicional en la vida de los enfermos con fibromialgia. El segundo tipo, es la fibromialgia asociada a enfermedades crónicas, el cual en la mayoría de los casos está relacionado con pacientes con enfermedades crónicas con etiología degenerativa, autoinmune, endocrinológica, infecciosa o neoplásica. Este subtipo se caracteriza por presentar limitaciones funcionales de tipo moderado y alteraciones en el ciclo menstrual como periodos dolorosos o rigidez al despertarse.

Respecto al tercer tipo, esta es la fibromialgia asociada a enfermedades sistémicas, el cual aparece en relación con una patología psiquiátrica. Este tipo de fibromialgia es el más grave, ya que no permite el desempeño de cualquier función en la vida o en el trabajo, y además puede inmovilizar a quien la padece. Por último, el cuarto tipo es la fibromialgia simulada; en este subgrupo se encuentran las personas que simulan el padecimiento de la enfermedad, por lo que incluso puede llegar a desarrollarla. Este subgrupo se encuentra relacionado con las personas que presentan trastornos de personalidad.

Hoy en día, se desconocen las causas del SFM; sin embargo, existen diferentes hipótesis etiológicas de esta enfermedad como son las siguientes: la predisposición genética, el estrés emocional agudo postraumático, alguna lesión osteomuscular como; por ejemplo, un accidente de tránsito, una cirugía previa, partos problemáticos y abortos (Fernández & Argüelles, 2015; Cuetos & Amigo, 2018). Con respecto a la predisposición genética, está comprobado que existe agregación familiar y el riesgo de padecerla es hasta nueve veces más frecuente en familiares (Fernández & Argüelles, 2015). Esto es debido a que estas personas presentan una sensibilidad anormal al dolor a través del sistema glutamato/aspartato y en la sustancia P, que disminuye el umbral al dolor e influyen en los estímulos de la intensidad al dolor (López & Mingote, 2008). Asimismo, el estrés emocional agudo postraumático, una lesión osteomuscular y una cirugía previa, no causan la enfermedad del SFM, sino que serían desencadenantes en una persona que ya tiene una predisposición previa relacionada con alteraciones en su sistema de regulación del estrés y del dolor (López & Mingote, 2008). Por otro lado, los pacientes con SFM informan que han experimentado un evento traumático o estresante previo, lo que podría contribuir al desarrollo de SFM o al empeoramiento por la reducida respuesta del Eje de Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA). Este eje HPA está vinculado al sistema nervioso autónomo que interviene en la modulación del sueño, el estado de ánimo, el dolor y las actividades cardiovasculares incluidas en la microcirculación de los músculos (Choy, 2015).

A nivel mundial, la fibromialgia afecta al 5% de personas; es decir, 385 millones de personas sufren de dolores crónicos musculares, cefaleas, rigidez, síntomas depresivos y otras alteraciones que afectan significativamente su calidad de vida en comparación con pacientes con otras patologías reumatológicas y crónicas (Soucase et al., 2004). En el Perú, son tres millones de personas las que se encuentran afectadas por esta enfermedad, y, además, existe una prevalencia más alta en las mujeres, siendo SFM nueve veces más frecuente en ellas que en varones (Chinn et al., 2016, Florián et al., 2020).

En este sentido, a pesar de la alta prevalencia de SFM en la población a nivel mundial, así como también a nivel nacional, sigue siendo limitado el conocimiento sobre esta enfermedad. Con respecto a las personas diagnosticadas con SFM, existe una desinformación sobre esta afección y del mismo modo sobre la adquisición de un mejor tratamiento médico que pueda contribuir a paliar los síntomas y obtener una mejor calidad de vida. Por otro lado, los profesionales de la salud presentan un conocimiento insuficiente sobre la SFM, debido a lo complejo de los síntomas y su difícil diagnóstico (Florián et al., 2020).

En el Perú, el resultado de un estudio realizado a médicos generales de Chiclayo mostró que la mayoría de los médicos de atención primaria, presentaron problemas para efectuar un correcto diagnóstico del SFM, toda vez que el 25% de los médicos manifestaron no conocer sobre esta enfermedad y, solo el 26% refiere que estudiaron dicha enfermedad como parte del plan de estudios en la facultad de medicina; por lo tanto, la falta de conocimiento sobre el SFM repercute en un correcto diagnóstico y tratamiento (Acuña et al., 2017). En ese sentido, lo señalado anteriormente explicaría el origen del problema para abordar médicamente esta enfermedad en nuestro país. Más aún, el problema se agudiza con la escasa información respecto a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, lo cual repercute negativamente en su calidad de vida en las personas diagnosticadas con dicha enfermedad (Tafur, 2012).

El desarrollo del SFM trae consigo cambios en el estilo de vida, lo cual, en la mayoría de los casos, generan conflictos psicológicos que influyen en el desarrollo personal, así como en su calidad de vida. El desarrollo de la enfermedad produce un impacto en la salud mental de quien padece esta condición, ya que presentan distorsiones cognitivas que están relacionadas con el dolor tales como son los pensamientos negativos, malestar ante la incertidumbre sobre el futuro, altos niveles de estrés y sensación de falta de control durante el proceso de la enfermedad, actitudes y creencias irracionales con actitud de desesperanza o victimismo

(Bernand et al., 2000; Bishop, 2005; Han et al., 2003 citado en Ferrer, 2020). Además, diferentes estudios evidencian la relación que existe entre los enfermos con SFM y los trastornos psicológicos, tales como la depresión, ansiedad, tensión, pérdida de la memoria y trastornos del sueño (Soucase et al., 2004). En un estudio realizado por Gormsen y otros colaboradores (2010), se reportó que los pacientes con dolor crónico con SFM presentan significativamente más angustia mental, incluida la depresión y la ansiedad en relación con otros tipos de enfermedades crónicas.

Por otro lado, el SFM no se puede considerar solo como una afección de índole individual, sino por lo contrario supone un impacto significativo en los vínculos sociales por los cambios en el estilo de vida que deben tener los diagnosticados con esta enfermedad (Robles, 2012); por ejemplo, cambios en los roles de la familia, en el entorno laboral, problemas en seguir las dinámicas familiares, entre otros (Bishop, 2005; Han et al., 2003 citado en Ferrer, 2020). Es importante mencionar que el dolor crónico genera una serie de limitaciones en aquellos que la padecen, y por ello podrían replantear su vida cotidiana desde una nueva perspectiva; cambios permanentes en el aspecto, pérdida de papeles sociales, inseguridad e imprevisibilidad del futuro y separación de familia y amigos (Rodríguez et al, 1993).

En este sentido, según Jankowski (1996), el apoyo social son todos los recursos materiales y afectivos que proporcionan otras personas. Asimismo, dichos recursos podrían presentarse mediante un proceso de interacción entre individuos o grupos en el que se establecen vínculos de amistad e información con el objetivo de resolver un problema (Vega & González, 2009). Además, el apoyo social se entiende como la agrupación de personas que al relacionarse producen recursos tangibles o no tangibles que posibilitan a una persona a poder afrontar situaciones (Aranda y Pando, 2013). De esta manera, este apoyo social resulta ser un recurso indispensable, ya que la fibromialgia podría producir un impacto negativo a nivel social, debido a que la incapacidad para realizar las tareas habituales desemboca en la incomprensión e intolerancia del entorno familiar y social, causando baja autoestima, frustración, ansiedad y depresión en el paciente con fibromialgia (Giovanazzi et al., 2017). Sumado a ello, los familiares, amigos, compañeros, parejas y personas de su entorno presentan problemas de adaptación respecto al nuevo estilo de vida de las personas con SFM. Al respecto, en muchos casos la falta de comprensión ocasiona que el dolor se agudice y que más problemas psicológicos puedan aparecer (Vega & González, 2009).

En contraste, mantener una red de apoyo social del enfermo brindaría una mejor calidad de vida y de su salud en general, ya que los sistemas de apoyo social proporcionan mayor información, asistencia tangible y apoyo emocional (Rodríguez et al., 1993). Asimismo, el apoyo social es un recurso del entorno que favorece al individuo en su adaptación, bienestar y el mantenimiento de las relaciones sociales. Con respecto a este último, las relaciones sociales se presentan de forma natural alrededor del individuo; estos comprenden a los amigos, compañeros y sobre todo la familia, que es la fuente proveedora de apoyo más básico y tradicional (Rodríguez et al., 1993).

Diversos autores han identificado cuatro funciones del apoyo social. La primera es el apoyo social emocional/informal, el cual se relaciona con la expresión emocional o de afecto, la orientación, la información y los consejos. Por otro lado, se encuentra la interacción social positiva, función en la que se presenta la disponibilidad que tiene el paciente para realizar las actividades divertidas o placenteras. Seguidamente, la tercera función es el apoyo afectivo, la cual está relacionada con las expresiones de amor, afecto y empatía que los otros le proporcionan al individuo. Y, por último, está el apoyo instrumental, que se caracteriza por la ayuda tangible o material con que cuenta la persona (Costa et al., 2007; Londoño et al., 2012; Scherboume & Stewart, 1991).

De este modo, es importante mencionar que según Caplan (1974), el apoyo social puede distinguirse desde dos perspectivas: cuantitativa-estructural; es decir, apoyo social objetivo y cualitativa-funcional, apoyo social percibido. El apoyo social objetivo son las acciones que se realizan para la ayuda real que recibe el sujeto y el apoyo social percibido está relacionado con la dimensión evaluativa; es decir, la valoración cognitiva que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Según, Huenchuan et al. (2003), el apoyo social percibido no está asociado a la extensión de las redes de soporte, ya que las persona pueden demostrar altos niveles de soporte social percibido aun cuando no pertenece a una red social extensa.

En este sentido, los pacientes con fibromialgia que no perciben un apoyo social presentan un impacto negativo en el deterioro de su calidad de vida y en su red social (Rodríguez et al., 1993). Asimismo, ellos manifiestan problemas psicológicos como dificultades en el manejo del estrés, ansiedad y depresión. Además, les impide tener un mejor manejo del mecanismo de afrontamiento, que en relación al apoyo social representa un recurso importante que ayuda a las personas con enfermedades crónicas a poder afrontar su enfermedad (Pegado et al., 2017).

Siguiendo esta línea, el afrontamiento al dolor es un modulador de los procesos de adaptación al dolor crónico, el cual ayuda a enfrentar las demandas del entorno ante nuevos acontecimientos que se presentan por el nuevo estilo de vida del enfermo (Brown & Nicassio, 1987, Rodríguez et al., 1993). La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP,1994) definió el dolor como “una sensación no placentera y experiencia emocional asociada como actual, potencial o descrito en términos de dicho daño ... El dolor es siempre subjetivo” (IASP, 1994 citado en Soriano & Monsalve, 2005).

De esta manera, nos referimos al dolor crónico cuando este se presenta en tiempos de duración de al menos seis meses, de forma continua, y que no responde a los métodos de tratamientos habituales disponibles, el cual puede persistir a lo largo de la vida del enfermo (Jensen et al., 1991). Además, es importante mencionar que, según Melzack y Wall (1965), el dolor no es una experiencia exclusivamente física, sino que es de importancia en el ámbito psicológico, ya que cuando el dolor se vuelve crónico los enfermos presentan mayor ansiedad, depresión, pesimismo y diversas manifestaciones emocionales (Soucase et al., 2005). De esta manera, se desprende cómo es que existen diferentes formas de actuar que son más apropiadas y adaptativas frente a la enfermedad, siendo estas relevantes en las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico (Soucase et al., 2005).

En su Teoría del Estrés y el Afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como “todos los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164); en otras palabras, esta teoría busca explicar los mecanismos para hacer frente al estrés. De tal manera, diferentes estudios evidencian que las personas consideran el dolor como fuente primaria de estrés en sus vidas (Soriano & Monsalve, 2002).

Asimismo, el afrontamiento, desde la Teoría Transaccional de Lazarus y Folkman, comprende dos funciones, la centrada en el problema, la cual está relacionada con la solución del problema; y la centrada en la emoción, desde la que se pretende alterar la repercusión emocional que la situación tiene en el individuo (Soriano & Monsalve, 2005). Sin embargo, el control de afrontamiento al dolor crónico, como situación de estrés desbordante, demanda esfuerzos adaptativos favorecidos para la utilización de estrategias de cada persona, por lo tanto, algunas estrategias favorecen la adaptación del individuo, mientras otras van a restringir dicha adaptación (Soriano & Monsalve, 2004).

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1984) han planteado la existencia de estrategias de afrontamiento activas que se centran en el problema y en el bienestar para confrontar la situación crítica. La primera categoría es la de autoafirmación, que se destaca por la importancia que tiene el paciente con dolor crónico, el no rendirse ante el dolor constante, dándose ánimos para hacer frente al mismo. Asimismo, la segunda categoría es la de la búsqueda de la información, que se caracteriza por la búsqueda de apoyo social instrumental, perseguir la obtención de información para poder controlar y disminuir el dolor. La tercera categoría es la de distracción, la cual está dirigida como la estrategia de afrontamiento adaptativa que realiza que el individuo deje de prestar atención al dolor. Además, la cuarta categoría es la de autocontrol, que se relaciona con los esfuerzos mentales por controlar el dolor (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Soriano & Monsalve, 2005).

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento pasivas presentan conductas de evitación, pues se centran en tratar de ignorar el dolor o en la distracción del dolor, como es la religión y la catarsis. Con respecto a la categoría de la religión, es en la que la persona hace referencia a la necesidad de rezar y de emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo. Por último, en relación a la categoría de la catarsis, se refiere a la búsqueda de apoyo emocional desde el punto de vista de afrontamiento emocional (Lazarus & Folkman, 1984 citado en Soriano & Monsalve, 2005).

Por consiguiente, el afrontamiento es un modulador de los procesos de adaptación al dolor crónico y ayuda a afrontar las demandas del entorno ante nuevos acontecimientos que se presentan por el nuevo estilo de vida. Asimismo, regula las respuestas a las emociones, provee apoyo en el aumento de la autoestima y refuerza las iniciativas de afrontamiento de la enfermedad (Brown et al., Rodríguez et al., 1987; y Rodríguez et al., 1993). En este sentido, el apoyo social podría ser uno de los recursos más importantes con respecto a la enfermedad crónica, ya que la red social del individuo y los sistemas de apoyo social brindan recursos afectivos y cognitivos en la calidad de vida de las personas diagnosticadas.

Soucase et al. (2004) realizaron una investigación cuantitativa con pacientes diagnosticados de fibromialgia. El estudio se centra en las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente para hacer frente a su dolor; es decir, pensamientos y acciones que realizan los individuos para manejar el dolor y su repercusión sobre la calidad de vida del paciente. La muestra aleatoria estuvo conformada por 32 mujeres diagnosticadas de fibromialgia que acuden por primera vez al servicio de psicología. Dentro de los resultados, se reportó que las estrategias

de afrontamiento al dolor más utilizadas son la autoafirmación y la búsqueda de información, presentando un índice de calidad de vida inferior al de la población en general. A nivel correlacional, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento al dolor, aunque el uso de estrategias de afrontamiento pasivas ante el dolor, como la religión, se asociaron significativa y positivamente con las dimensiones de ansiedad, depresión y pérdida de control y las dimensiones de calidad de vida. Por otro lado, el uso de estrategias de afrontamiento activas ante el dolor, como la distracción y autocontrol mental, se relacionaron significativa y negativamente con las dimensiones de ansiedad y pérdida de control y las dimensiones de calidad de vida.

Con respecto a estudios previos, existen limitadas investigaciones sobre la fibromialgia y su relación con el afrontamiento y el apoyo social. Morales (2019) realizó una investigación cuantitativa que tuvo como propósito conocer la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 56 adultos mayores que padecen dolor crónico. Dentro de los resultados, se evidenció una correlación positiva entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento del dolor crónico y el mayor uso de estrategias de afrontamiento en los participantes fue la religión, mientras que, la de menor uso fue la de autocontrol mental. Con respecto al apoyo social, se encontró la presencia de redes de apoyo en esta población; sin embargo, hubo una baja percepción de recursos.

Asimismo, otra investigación realizada por Domínguez et al. (2018), tuvo como propósito examinar la relación entre el apoyo familiar, el afrontamiento al dolor y el bienestar en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. La muestra aleatoria estuvo conformada por 188 personas, 53 hombres y 135 mujeres con Enfermedades Crónicas no Transmisibles como la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer de mama, entre otras, que reciben tratamiento en los hospitales del Instituto de Salud de México. Dentro de los resultados, se evidenció que los pacientes tienen una percepción positiva del apoyo familiar, tienen un proyecto de vida, planes a futuro y refieren un puntaje elevado de crecimiento personal. Sin embargo, se encontraron puntajes menores en autocontrol, para el afrontamiento al dolor crónico, y el rechazo que perciben de otras personas, para el bienestar psicológico. Con respecto a las estrategias de afrontamiento ante el dolor, las más utilizadas son la búsqueda de información y autoafirmación, seguidas de catarsis, distracción, creencias y autocontrol. Asimismo, se reportó una correlación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y

las estrategias de afrontamiento ante el dolor, las cuales se relacionaron con las dimensiones creencias, catarsis, búsqueda de información y autoafirmación.

Es importante mencionar que, en cuanto a investigaciones en el contexto peruano, no se ha encontrado investigaciones que relacionan las estrategias de afrontamiento al dolor crónico y el apoyo social percibido en mujeres diagnosticadas con fibromialgia, por lo que tener una mayor información respecto a las estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico y el apoyo percibido sería de gran importancia para la realización de futuros proyectos que intervengan en dicha población con la finalidad de mejorar la calidad de vida de esta población.

A partir de todo lo expuesto, la presente investigación tiene como objetivo principal analizar la posible relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor crónico y el apoyo social percibido utilizados por un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia en Perú. Al mismo tiempo, como objetivo específico se explorará si existen diferencias en el afrontamiento al dolor según las variables sociodemográficas tales como edad, estado civil, grado de instrucción y tiempo de diagnóstico en años.



## Método

### Participantes

En el presente estudio se contó con 100 participantes mujeres mayores de 18 años y diagnosticadas con el Síndrome de Fibromialgia (SFM) por un especialista (reumatólogo) según los criterios del Colegio Americano de Reumatología en Lima Metropolitana. La mayoría de las participantes tienen estudios superiores (77%) y más de la mitad de participantes son casadas (51%). Además, la mayoría de las participantes cuentan con seguro de salud (79%), y tienen empleo (77%), al cual le dedican en su mayoría 32 a 72 horas semanalmente (40%) ( $M= 30$ ;  $DE=17,19$ ). Asimismo, en relación a las horas promedio por día que requieren las participantes en realizar sus actividades del hogar, la mayoría de estas le dedican 2 horas (41%) al día ( $M= 2,00$ ;  $DE=1,13$ ).

Por otro lado, las participantes fueron agrupadas según los criterios del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) en los tipos de hogares que según su composición o estructura son cinco: hogares nucleares, hogares extendidos, hogares compuestos, hogares unipersonales y hogares sin núcleo conyugal. En primer lugar, los hogares nucleares tienen núcleo conyugal completo o incompleto e hijos. Por otro lado, los hogares extendidos presentan un núcleo conyugal completo e incompleto más otros parientes del jefe del hogar. Así también, los hogares compuestos presentan un núcleo conyugal completo o incompleto, pueden tener o no otros parientes del jefe del hogar, y tienen otros miembros no parientes del hogar. Otro tipo de hogar según el INEI es el hogar unipersonal conformado por una sola persona. Por último, los hogares sin núcleo conyugal no se conforman con un núcleo conyugal, pero cuentan con la presencia de otros parientes del jefe de hogar y/o no parientes del jefe de hogar. De esta manera, entre las mujeres diagnosticadas el 68% viven en hogares nucleares, el 12% en hogares extendidos, el 8% en hogares compuestos y el 12% en hogares sin núcleo.

Como criterios de exclusión se consideraron los siguientes: que no vivan solas, que no hayan recibido un diagnóstico de salud mental, no haber sufrido una pérdida de un familiar en las últimas dos semanas, padecer de otra enfermedad que cause dolor o cualquier otra enfermedad física y que no hayan habilitado su consentimiento.

En cuanto a los aspectos éticos, se obtuvo el consentimiento informado, a través de un documento en el cual se precisó el objetivo de la investigación, se mencionó la confidencialidad

y que la información recopilada sería de uso estrictamente académico. Se resaltó que la participación era libre y voluntaria, teniendo como opción de no responder durante la aplicación de las pruebas, sino lo deseaban. Asimismo, solo se aplicaron los instrumentos a las personas que desearon participar voluntariamente, previo conocimiento por los participantes del propósito de la investigación y firma del consentimiento informado (Apéndice A).

## **Medición**

En primer lugar, se empleó una ficha para obtener información de las características sociodemográficas de los participantes, tales como edad, sexo, estado civil y nivel de estudios. Asimismo, se solicitó información relacionada con quienes vive en casa, si tiene seguro de salud o si trabaja y las horas que le dedica a ello (Apéndice B).

**Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido** (MOS; Sherbourne & Stewart, 1991). Instrumento que permite evaluar de forma cuantitativa el apoyo social percibido. Este cuestionario consta de 20 ítems que tienen una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Además, es importante mencionar que este cuestionario se desarrolló para pacientes con enfermedades crónicas y se encuentra compuesto por cuatro dimensiones de apoyo funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

La distribución factorial de los ítems se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 19 y 20). Con respecto a los resultados de validez por estructura interna, se obtuvo un KMO de .935, el cual resulta satisfactorio, además, cuenta con una varianza de 59,86% con una consistencia interna de cada factor entre .91 y .96. Asimismo, se realizó un análisis de validez convergente con sus escalas hipotéticas. Es decir, las correlaciones ítems-escala oscilan entre .72 y .87 para el soporte tangible, .80 - .86 para la escala de afecto, .82 - .90 para la escala emocional/informativa, y .87 - .88 para la escala de interacción social positiva. En relación a la confiabilidad total se evidencia una confiabilidad de alfa de Cronbach de .919 para la escala total, mientras que la confiabilidad para las dimensiones de apoyo afectivos es de .91, apoyo emocional/ informacional .96, interacción positiva .94 y apoyo tangible .92.

De esta manera, para esta investigación se midió el apoyo social percibido a través del MOS, y se utilizó la validación en español por Rodríguez y Enrique en Argentina en el 2007. El instrumento fue validado en un estudio con 375 personas de ambos sexos, en una primera

aproximación al estudio de la confiabilidad y validez del instrumento se realizó mediante un análisis factorial exploratorio. La extracción de los factores se realizó por el método de componentes principales, con rotación Varimax. Los resultados preliminares presentan un índice KMO de 0,935. Asimismo, el análisis factorial revela la existencia de tres factores, que son capaces de explicar el 59,86% de la varianza global. La prueba presenta un coeficiente alfa de Cronbach de .919 para la totalidad de la misma, mientras que por factor presenta las siguientes alfas: Apoyo emocional .876; apoyo afectivo .843 y para apoyo instrumental .802.

Para el presente estudio, mediante el método de consistencia interna se halló un alfa de Cronbach de .90, lo cual indica un alto nivel de confiabilidad de la prueba. Asimismo, en relación a la confiabilidad por áreas, los resultados mostraron que dos puntúan por encima del .70. Estas son las dimensiones de *Apoyo Emocional* (.77) e *Interacción Social* (.83), lo que quiere decir que estas dimensiones pueden ser interpretadas como una confiabilidad interna adecuada. Mientras que *Apoyo Material* (.59) y *Apoyo Afectivo* (.64) puntúan por debajo. Por otro lado, con respecto a la validez, mediante un análisis factorial exploratorio, se halló la esfericidad de Barlett con una significancia de .00 y el índice KMO de .812, lo cual indica que existe una buena adecuación muestral entre los ítems de la prueba. De esta manera, la estructura factorial presenta 4 componentes que explican el 62.78% de la varianza.

**Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico** (CAD; Soriano & Monsalve; 2002). El CAD consta de 31 ítems o frases relacionadas con lo que el paciente hace cuando tiene dolor. Posee una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = ni muchas ni pocas, 4 = muchas veces, 5 = siempre). Asimismo, consta de seis subescalas que están distribuidas en Religión, Catarsis, Distracción, Autoafirmación, Autocontrol mental y Búsqueda de información.

Este instrumento fue aplicado por primera vez a pacientes de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Valencia. Con respecto a los resultados de validez por estructura interna, se obtuvo un KMO de .848, el cual resulta satisfactorio, además, de una varianza de 63,8% con una consistencia interna de cada factor entre .77 y .94. Además, en relación a la escala global obtuvo una confiabilidad de alfa de Cronbach de .83, mientras que la confiabilidad para las dimensiones fue: Religión .94; Catarsis .89; Distracción .83; Autocontrol mental .81; Autoafirmación .79 y Búsqueda de la información .78.

Dos años después, los mismos autores redujeron el instrumento con el fin de simplificar el cuestionario, por ello eliminaron 7 ítems con la carga factorial menor en cada una de las escalas y crearon el “Cuestionario de Afrontamiento ante Dolor Crónico Reducido” (CAD-R). De esta manera, en esta investigación utilizó este cuestionario que está conformado por 24 ítems y presenta una escala de respuesta en formato Likert de 5 puntos (Totalmente en desacuerdo = 0, Más en desacuerdo que de acuerdo = 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, Más de acuerdo que en desacuerdo = 3 y Totalmente de acuerdo = 4). El CAD-R está compuesta por seis dimensiones: Distracción ( $\alpha = .77$ ), Búsqueda de información ( $\alpha=.74$ ), Autocontrol mental ( $\alpha=.80$ ), Autoafirmación ( $\alpha=.80$ ), Religión ( $\alpha=.94$ ) y Catarsis ( $\alpha=.75$ ). Las cuatro primeras dimensiones mencionadas se consideran por los autores como de tipo activas y las dos últimas de tipo pasivas (Soriano & Monsalve, 2004).

Con respecto a los resultados, el CAD-R se revela como un instrumento equivalente a la versión original (CAD), ya que a pesar de haberse eliminado 7 ítems el cuestionario mantiene su consistencia interna. Asimismo, las correlaciones entre los constructos son moderadamente altas, lo cual resulta indicativo para su validez (Soriano & Monsalve, 2004). Además, es importante mencionar que el CAD y el CAD-R ya han sido utilizados en estudios que evalúan el dolor crónico especialmente en casos de fibromialgia (Josune et al., 2013; Soucase, Monsalve, Soriano, & Andres, 2004).

Para el presente estudio, mediante el método de consistencia interna halló un alfa de Cronbach de .75, lo cual indica un alto nivel de confiabilidad de la prueba. En relación a sus dimensiones, se halló que cuatro puntuaron por debajo de .60, estas son las siguientes: *Distracción* (.40), *Búsqueda de la Información* (.45), *Autocontrol Mental* (.45) y *Autoafirmación* (.53). Caso contrario ocurrió con las dimensiones de *Religión* (.84) y *Catarsis* (.65). Asimismo, con respecto a la validez, mediante un análisis factorial exploratorio, se halla la esfericidad de Barlett con una significancia de .00 y el índice KMO de .578, lo cual indica que existe una mala adecuación muestral entre los ítems de la prueba. De este modo, la estructura factorial presenta 6 componentes que explican el 57.70% de la varianza.

## **Procedimiento**

En primer lugar, se procedió a publicar, en las diferentes páginas de grupos de Facebook y cuentas de Instagram llamados “Fibromialgia comunidad Lima-Perú”, “Fibromia Perú - Compartamos”, “Fibromialgia dolor invisible” y “Lafibroyo”, una invitación a llenar el

formulario, el cual mencionó el objetivo del estudio y se adjuntó el enlace del estudio vía Google Forms.

Con respecto al formulario, este incluyó un párrafo de bienvenida, el consentimiento informado, los instrumentos y un párrafo final de agradecimiento. Es importante precisar que el consentimiento informado explicó a los participantes las bases del estudio, el motivo académico por el que se realizó la investigación, los aspectos éticos de confidencialidad y seguridad de la información que nos brindaron y que estas serán eliminadas después de la sustentación final.

Una vez firmado el consentimiento, se presentó la ficha de datos sociodemográfica y luego se dio acceso a los instrumentos. Primero se les brindó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) y después el Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico Reducido (CAD-R). Finalmente, al terminar con los cuestionarios se les agradeció por su participación en la investigación.

Es importante mencionar que el formulario descartó a los participantes que no cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. En este sentido, las casillas de la ficha de datos fueron configuradas para que cuando algún participante seleccionará alguna respuesta que incluye algún criterio de exclusión, automáticamente este fuera enviado a la última sección de agradecimiento. Asimismo, para asegurar que los participantes no realicen dos o más veces el formulario, se configuró en el Google Forms la opción de “Limitar a una sola respuesta” para que desde la cuenta de Google acceda solo una vez a responder el formulario. De esta manera se garantizó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión en la investigación. Es importante precisar que el tiempo que estuvo abierto el cuestionario fue de tres semanas. Asimismo, las respuestas de los participantes fueron codificadas usando un número de identificación que aseguró la protección de información personal.

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos de la ficha sociodemográfica y de ambos instrumentos se registraron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS, por sus siglas en inglés) versión 25. En primer lugar, se realizaron los análisis descriptivos para la muestra, para continuar con el análisis de confiabilidad de cada instrumento mediante el Alfa de Cronbach. Luego, se realizó el estudio de normalidad a partir de la prueba Kolmogorov-Smirnov, dado que el grupo de participantes fue superior a 50.

Seguidamente, con la finalidad de responder al objetivo principal, se realizó el análisis de correlación de Spearman entre Apoyo social percibido (MOS) y estrategias de afrontamiento al dolor crónico (CAD-R). Finalmente, se exploraron las diferencias entre los grupos a partir de los datos sociodemográficos, para lo cual se utilizó las pruebas H de Kruskal-Wallis.



## Resultados

A continuación, se presentarán los datos descriptivos del apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al dolor, luego se presentarán los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos del estudio; es decir, las correlaciones entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al dolor y, por último, el análisis de las diferencias entre las estrategias de afrontamiento al dolor según los datos sociodemográficos

Con respecto a los datos descriptivos del apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al dolor crónico, en la tabla 1 se exponen las medidas de tendencia central y dispersión para el apoyo social, escala total y sus dimensiones.

En lo referente al MOS se encontró que el apoyo social percibido más utilizado en las mujeres diagnosticadas con fibromialgia fueron el de *Apoyo Emocional*, *Interacción Social* y *Ayuda Material*; mientras que las que reportan un menor uso fue el *Apoyo Afectivo* (Ver Tabla 1).

Tabla 1  
*Datos descriptivos para Apoyo Social Percibido*

	M	Mdn	Min	Max
MOS Total	65.82	66.42	28	95
Apoyo Emocional	26.7	26.71	11	40
Interacción Social	14.99	15.57	4	20
Ayuda Material	12.47	12.42	5	20
Apoyo Afectivo	11.65	12.16	3	15

En la tabla 2 se muestran las medidas de tendencia central y dispersión para las estrategias de afrontamiento al dolor crónico, escala total y sus dimensiones. En relación al CAD-R se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la *Autoafirmación*, *Religión*, *Autocontrol mental* y *Distracción*; mientras que las que se reportan con un menor uso fueron las estrategias de *Catarsis* y *la Búsqueda de la Información* (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Datos descriptivos para Estrategias de afrontamiento al dolor crónico

	M	Mdn	Min	Max
CAD-R Total	79.12	79.00	37	111
Afrontamiento Activo	51.05	52.00	24	68
Afrontamiento Pasivo	13.11	14,00	4	20
Autoafirmación	14.78	14.89	6	20
Religión	13.11	14.03	4	20
Autocontrol mental	12.78	13.30	4	20
Distracción	12.49	12.41	5	19
Catarsis	11.20	10.97	4	20
Búsqueda de la información	11.02	10.82	4	19

En relación al objetivo general, como se puede observar en la Tabla 3, se encontró que existe una baja correlación, pero significativa entre el Apoyo Emocional con la estrategia de afrontamiento de Catarsis ( $r = .261$ ;  $p < .05$ ). Asimismo, la Ayuda Material tiene una baja correlación, pero significativa con las estrategia de afrontamiento de Religión ( $r = .207$ ;  $p < .05$ ) y Catarsis ( $r = .238$ ;  $p < .01$ ).

Tabla 3

*Correlación del Apoyo Social Percibido y Estrategias de Afrontamiento al dolor*

	Total CADR	Religión	Catarsis	Afrontamiento Activo	Afrontamiento Pasivo
Total MOS	.233*	.205*	.201*	.205*	.209*
Apoyo Emocional	.232*		.261*		.246*
Ayuda Material	.209*	.207*	.238**	.207*	

\*\* p< .01, \*p<.05

Finalmente, cabe resaltar que no se encontraron diferencias significativas entre las escalas globales y dimensiones de las variables del estudio frente a las variables sociodemográficas como estado civil, grado de instrucción, convivencia familiar, trabajo actual y seguro de salud.

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal analizar la relación entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al dolor en un grupo de mujeres diagnosticadas con fibromialgia en Lima Metropolitana. De esta manera, se presentará en la discusión los resultados obtenidos en el estudio, comenzando por los datos descriptivos de las escalas de las pruebas para luego discutir el objetivo principal mencionado en las líneas anteriores.

Los resultados descriptivos de la prueba de Apoyo Social Percibido muestran que la mayoría de las participantes perciben un mayor soporte en el apoyo emocional. Es decir, ellas conciben el apoyo a través de los cuidados, afectividad, aumento de la autoestima, interés y confianza (Schaefer et al., citado en García, 2017). Una posible explicación del por qué estas perciben con mayor frecuencia el soporte emocional, podría ser que más de la mitad de las participantes se encuentran en una relación sentimental; en otras palabras, se encuentran casadas o conviven con su pareja. En relación a ello, en una investigación sobre el estrés y el afrontamiento diádico en personas que se encuentran en una relación marital, según Nina (2016), existe la percepción de que la pareja se angustia ante la presencia del estrés de su cónyuge, por lo que este manifiesta su empatía y ofrece su apoyo para aliviar de esta manera su malestar o solucionar las situaciones difíciles de su pareja.

De esta manera, es posible que la relación de pareja haya podido contribuir en el soporte emocional que perciben las mujeres diagnosticadas con fibromialgia. Sin embargo, esta no puede ser la única explicación, ya que se desconoce la calidad o el nivel de satisfacción en la relación con su pareja. En ese sentido, otra posible explicación podría ser que el soporte emocional se podría haber obtenido a través de sus familiares y amistades. Según Alonso et al. (2020), los amigos y la familia, como redes de apoyo emocional, influyen positivamente en el estado emocional de los pacientes con enfermedades crónicas, esto debido a que estos se

convierten en catalizadores de los estados emocionales negativos por la incertidumbre de la enfermedad (Alonso et al., 2020).

Respecto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las participantes se evidenció que fueron la estrategia de autoafirmación y la de religión. Estos resultados se asemejan con los encontrados en un estudio de Soucase et al., el cual reportó que las estrategias más utilizadas por una muestra de personas diagnosticadas con fibromialgia fueron la autoafirmación y la religión, pese a estar clasificadas en diferentes estilos de afrontamiento como activas y pasivas. En otras palabras, la estrategia de autoafirmación es considerada un estilo de afrontamiento activo, mientras que la religión se considera una estrategia pasiva, confirmando lo que mencionó Lazarus (1999), el cual refiere que los estilos de afrontamiento pueden presentarse de diferentes maneras en una misma situación estresante como es el dolor crónico (Soriano et al., 2005).

Siguiendo esta línea, las participantes diagnosticadas con fibromialgia utilizan mayormente el afrontamiento de autoafirmación ante el dolor. En esta estrategia de afrontamiento las participantes enfrentan su enfermedad, no se rinden ante el dolor y se dan ánimos para encontrar la fortaleza ante el dolor crónico (Amaya et al., 2015). Ante esta situación, una posible explicación del por qué las participantes utilizan esta estrategia sería que la mayoría de estas se encuentran trabajando actualmente, a pesar de presentar esta enfermedad crónica. Dicho de otro modo, es posible que las responsabilidades laborales contribuyan a que las participantes utilicen la autoafirmación y, pese a las dificultades físicas que conlleva tener el SFM, presentan una actitud optimista y tienen la capacidad de ser resilientes (Díaz et al., 2017).

Asimismo, según Díaz et al. (2017), una actitud optimista y resiliente, que implica sobreponerse ante las dificultades, está relacionada con la estrategia de autoafirmación. En un estudio realizado en Lima metropolitana, se encontró un alto nivel de resiliencia en personas

mayores de sexo femenino durante el contexto del Covid-19 (Vega, 2020). De esta manera, se puede explicar que la mayoría de participantes del presente estudio presentan un alto nivel de resiliencia, lo que podría explicar el mayor uso de afrontamiento de autoafirmación ante situaciones difíciles en las participantes.

Por otro lado, otra de las estrategias de afrontamiento más utilizada por el grupo de participantes es la religión. Es importante mencionar que la religión en el Perú está históricamente establecida, reconociéndose el 75% de los peruanos como católicos, 14% evangélicos y el 5% de otras religiones (Ipsos, 2018). En un estudio realizado a pacientes con dolor crónico se evidenció que para las participantes creer en la existencia de alguien poderoso que tiene el control de todo, favorece a creer que también tendrá el control sobre el dolor, por ello se solicita la ayuda de un ser superior para solucionar o afrontar diferentes situaciones (Higgins et al., 2015).

Además, se ha encontrado que la utilización de esta estrategia de afrontamiento genera en las participantes la estabilidad y el consuelo que ellas necesitan cuando sienten mucho dolor (Soriano et al., 2010). Según Van-Hook (2016), la espiritualidad puede fomentar en las personas su recuperación luego de una situación difícil al generar desahogo, esperanza, seguridad y sentido de valor. Adicionalmente, la espiritualidad, según Fardin (2020), puede ayudar a las personas a sostener la relajación mental en situaciones de crisis y enfermedades peligrosas.

En cuanto al objetivo principal de la investigación, se encontró una correlación lineal directa y significativa entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al dolor crónico. En ese sentido, las redes de apoyo social representan un importante papel en el bienestar, ya que nos salvaguarda ante el estrés causado por la enfermedad y prepara al paciente para procesar su situación y asimilarse mejor a ella, favoreciéndole en el desarrollo de las próximas respuestas de afrontamiento (Angarita & Escobar, 2009). Asimismo, el sistema de

apoyo social es importante para cada participante, ya que le permite tener un sostenimiento de la integridad psicológica y física, así como también aumentar las capacidades personales y promover el logro de metas vitales (Pérez, 2019).

Por un lado, la dimensión de apoyo emocional se ha correlacionado con la estrategia de afrontamiento de catarsis. Según Pomares et al. (2021), es importante mencionar que la estrategia de afrontamiento de catarsis manifiesta la necesidad de exteriorizar los sentimientos internos y encontrar desde el apoyo social el alivio que se da verbalmente ante las reacciones emocionales que produce el dolor (Pomares et al., 2021). De esta manera, transmitir el desasosiego e incertidumbre emocional resulta beneficioso, ya que disminuye la posibilidad de originar ideas o pensamientos negativos ante una situación problemática que pueden enfrentar (Alvarez & Relaiza, 2020). Asimismo, las personas que se encuentran atravesando momentos difíciles de su enfermedad, al percibir el apoyo emocional por parte de sus parejas o familiares encuentran de esta manera la protección, seguridad y afecto que necesitan (Varela et al., 2016).

Por otro lado, se encontró que existe una correlación baja pero significativa entre la ayuda material con las estrategias de afrontamiento de tipo pasivo; es decir, la religión y la catarsis. Para explicar esta correlación es importante saber que el apoyo material o instrumental se describe como la conducta o apoyo material; es decir, disposición de ayuda material o tangible que puede acceder el individuo (Londoño et al., 2012). Además, es la posibilidad de poder disponer de ayuda directa tales como son la provisión de un consejo, guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas e interacción social positiva (Amaya et al., 2015).

Dada las circunstancias que estamos viviendo por la pandemia del Covid-19, la religión ha cumplido un rol muy importante pese al aislamiento social, puesto a que las iglesias mantuvieron un contacto directo con sus creyentes a través de los recursos tecnológicos y acceso a los medios públicos (Alvarado et al., 2021). Asimismo, a través de esta herramienta se desarrollaron actividades religiosas ante la falta de recursos de muchos de sus creyentes,

como la entrega de canastas básicas, balones de oxígeno y ayuda económica (Barrera, 2020). Por ello, la religión es un recurso importante en donde muchos fieles reciben una ayuda material de manera directa, mitigando la falta de recursos y dificultades económicas.

Adicionalmente, como consecuencia de la pandemia, muchas de las personas tuvieron que evitar el contacto directo con sus amigos o familiares; sin embargo, para mantenerse en contacto con ellos utilizaron las redes sociales para crear grupos de soporte social en el que las personas puedan expresar y comunicar sus sentimientos en entornos seguros y de apoyo (OMS, 2020). En ese sentido, una investigación realizada por Amaya y Carrillo (2015), demostró que la dimensión de la estrategia de afrontamiento de catarsis se encontraba relacionado con el soporte social, debido a que la interacción social se encuentra vinculado con la asistencia tangible; es decir, ayuda material o instrumental. Este último se encuentra relacionado con todos los recursos significativos o tangibles, los cuales son la disponibilidad de tiempo, calidad de vida y escucha activa (Vázquez et al., 2003).

Por consiguiente, se puede hipotetizar que las participantes durante el contexto de pandemia encontraron una ayuda tangible a través de grupos de apoyo (redes sociales) al poder expresar sus sentimientos y pensamientos. Asimismo, el afrontamiento de tipo pasivo como son las estrategias de religión y catarsis presentan el mismo propósito; es decir, al utilizar estas estrategias las personas buscan contar con otra persona para obtener un soporte social y una asistencia tangible (Amaya et al., 2015).

Por otro lado, con respecto a las limitaciones de este estudio, en primer lugar, se debe señalar que el recojo de información fue a través de un formulario virtual. Esto pudo haber afectado el recojo de la información, pues pudo ser más difícil construir un ambiente de tranquilidad para poder responder cada pregunta. Siguiendo esta línea, otro potencial limitante fue la accesibilidad a los participantes, dado el contexto de pandemia y al cierre de centros de apoyo, por lo que se contó con una cantidad limitada de participantes que no permitió tener una

información variada en relación a las variables sociodemográficas en el estudio realizado. Por este motivo, es importante que a futuro se aumente a una mayor población de participantes diagnosticadas con fibromialgia en Lima Metropolitana. Mientras mayor sea la muestra, más comunicación e información se otorgará acerca de lo que puede acontecer en la población (Valiente & Herranz, 2005).

Además, como otra limitación se evidenció la baja confiabilidad en algunas dimensiones del afrontamiento al dolor crónico. Ello podría deberse a que el instrumento utilizado presenta en cada dimensión un bajo número de ítems, lo que podría producir un bajo valor en su confiabilidad (George & Mallery, 2003). Asimismo, otra explicación del por qué se ha presentado una baja confiabilidad, podría ser el agotamiento mental, ya que se evidencia que existe poca variabilidad en las respuestas, que podría deberse al estrés generado por el distanciamiento social y situaciones de desesperanza que se produce por el contexto de pandemia que estamos viviendo (Acevedo et al., 2020).

Por último, se podría plantear una investigación que tenga como población a diagnosticados con fibromialgia de ambos sexos. En función de eso se podría establecer diferencias y similitudes en relación al apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al dolor con esta población. Asimismo, sería conveniente plantear la misma investigación, pero con población no creyente con la finalidad de identificar otras estrategias de afrontamiento que podrían estar empleando. Además, se considera importante mantener la apertura hacia otros constructos como la resiliencia y el bienestar personal en investigaciones con esta misma población, ya que de esta manera se podría ahondar más sobre los resultados encontrados en las estrategias de afrontamiento más utilizadas, como también ayudaría a generar diseños de intervención a beneficio de esta población. Finalmente, sería importante realizar un estudio cualitativo para poder explorar a mayor profundidad las estrategias de afrontamiento en las mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

## Referencias

- Acevedo, J., Guerrero, O., Muñoz, S., Palacios, R., & Valdespino, D. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.
- Acevedo, V., & Restrepo, L. (2010). Experiencias de parejas sobre vivir feliz en pareja. *Pensamiento psicológico*, 8(15).
- Acuña, F., Capitán, V. & Leon, F. (2017). Conocimientos de fibromialgia en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo-Perú, 2016. *Reumatología clínica*, 13(6), 326-330.
- Alvarado, E., & Pagán, O. (2021). Consideraciones sobre la Espiritualidad y la Religión como Recursos de Afrontamiento durante la Pandemia del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 5, e5007.
- Alvarez, A., & Relaiza, A. (2020). *Estrategias de afrontamiento frente al estrés en adultos mayores. Centro integral del adulto mayor*. [Tesis de Licenciatura, Facultad de Enfermería] Repositorio de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. [https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9887/Alvarez\\_Este\\_la\\_Amelia\\_y\\_Relaliza\\_Llacsahuanga\\_Mar%03%ada\\_de\\_los\\_%c3%81ngeles.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/9887/Alvarez_Este_la_Amelia_y_Relaliza_Llacsahuanga_Mar%03%ada_de_los_%c3%81ngeles.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alonso, L., Mesa, C. & Díaz, D. (2020). Apoyo social a pacientes oncológicos ante la Covid19: retos y desafíos actuales. *Integración Académica en Psicología*.
- Amaya, C., & Carrillo, M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74142431002.pdf>
- Andrés, M., Remesal, R., & Torrico, E. (2009). Apoyo social percibido en hombres operados de cáncer de laringe. *Psicooncología*, 6(1), 227.
- Angarita, O., & Escobar, D. (2009). Apoyo social elemento clave en el afrontamiento en la enfermedad crónica. *Enfermería global*, 8(2).

- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de investigación en Psicología*, 16 (1), 233-245.
- Ayán, C., (2010). *Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Médica Panamericana.
- Barrera, P. (2020). Religión y COVID 19 en el Perú del Bicentenario. Laicidad de colaboración y reacciones evangélicas a la pandemia. *Estudos de Religião*, 34(2), 431-462.
- Belenguer, R., Sisó, A., & Ramos-Casals, M. (2009). Clasificación de la fibromialgia: ¿existen distintos tipos de pacientes? *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 66(4), 146-158.
- Bernard, A. L., Prince, A., & Edsall, P. (2000). Quality of Life Issues for Fibromyalgia Patients. *Arthritis Care and Research*, (13), 42-50.
- Brown, G., & Nicassio, P. (1987). Development of a Questionnaire for the Assessment of Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients. *Pain*, (31): 53-64.
- Caplan, G. (1974). Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept of Development. *Behavioral Publications*.
- Carreras, M., Carreras, M., Arjona, J., Coria, V., Jozami, M., & Pacheco, M. (2011). Apoyo social en estudiantes universitarios de Santiago del Estero. *Revista Trazos* 15-20.
- Costa, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687-691.
- Chinn, S., Caldwell, W., & Gritsenko, K. (2016). Fibromyalgia Pathogenesis and Treatment Options Update. *Current pain and headache reports*, 20(4), 25.
- Choy, E. (2015). *Síndrome de fibromialgia*. Biblioteca de Reumatología de Oxford.
- Cuetos, J. & Amigo, I. (2018). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 151-161.

- De Paulo, B.M., Nadler, A. & Fisher, J.D. (1983). *New directions in helping (Vol. II): Help-seeking*. Academic Press.
- Díaz, R., González, S., González, N., González, S., López, M., & Montero, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama*, 4(2), 22-9.
- Domínguez, A., Oudhof Van, J., González, N., & Flores, M. (2018). Apoyo familiar, afrontamiento al dolor y bienestar en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Asociación Mexicana de psicología social*.
- Fardin, M. A. (2020). COVID-19 epidemic and Spirituality: A Review of the benefits of religion in times of crisis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 9(2).
- Fernández, S. & Argüelles, L. (2015). Abordaje del paciente con fibromialgia en atención primaria. *Revista Enfermería Comunitaria*, 3(1), 25-42.
- Ferrer, L. (2020). *¿Existe relación entre el apoyo familiar y el dolor crónico?* [Tesis de Grado, Facultad de psicología] Repositorio de la Universidad de Illes Balears. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/152247>
- Florián, C., Machicao, V., Runzer, M. & Ugarte, F. (2020). Conocimiento de fibromialgia en los reumatólogos del Perú. *Acta Medica Peruana*, 37(2), 130-137.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- García, F. G. (2017). *Estrés académico y apoyo social percibido en universitarios*. [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología] Repositorio de la Universidad Argentina de la Empresa. <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/handle/123456789/6576>

- George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for windows step by step: A Simple Guide and Reference. *Allyn & Bacon*.
- Giovanazzi, S., Barraza, R., & Diaz, L. (2017). Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena. *Revista REDES*, (35), 53-68. <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/206>
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F & Jensen, T. (2010). Depresión, ansiedad, calidad de vida relacionada con la salud y dolor en pacientes con fibromialgia crónica y dolor neuropático. *Revista europea del dolor*, 14 (2), 127-e1.
- Higgins, N., Bailey, J., LaChapelle, L., Harman, K., & Hadjistavropoulos, T. (2015). Coping Styles, Pain Expressiveness, and Implicit Theories of Chronic Pain. *The Journal of psychology*, 149(7), 737-750.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. & Montes, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *La revista Notas de población*, (77), 35-70.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 14, 205-208.
- Iglesias, C., Neira, F., Elorza, J., Rendon, A & Gomez, F. (2011). Documento de consenso multidisciplinar para la implantación del Proceso Asistencial Integrado. Fibromialgia en el área hospitalaria dependiente del Hospital Universitario de Puerto Real. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(4), 241-248.
- Ipsos (2018). *El futuro de la iglesia*. Innovación y conocimiento: Sociedad. <https://www.ipsos.com/es-pe/el-futuro-de-la-iglesia>
- Josune, M., Torre, F., Padiema, A., Aguirre, U., Gonzalez, N., Matellanes, B., & Quintana, J. (2014). Interdisciplinary treatment of patients with fibromyalgia: improvement of their health-related quality of life. *Wiley online library*, 14 (8), 721-731.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- López, M & Mingote, J. (2008) Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19 (3), 343-358.
- Marcus, D. A., Richards, K. L., Chambers, J. F., & Bhowmick, A. (2013). Fibromyalgia family and relationship impact exploratory survey. *Musculoskeletal Care*, 11(3), 125-134.
- Marín, F., & Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud pública de México*, 43, 336-339.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699), 971 - 979.
- Morales, I. (2019). La relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. [Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología] Repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de México. [https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB\\_UNAM/TES01000788979](https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000788979)
- Monroy, A., Méndez, A., Diestro, L., Ruiz, F., & Málaga, G. (2019). Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 32-37.
- Müller, W., Schneider, M & Stratz, T. (2007) The Classification of Fibromyalgia Syndrome. *Rheumatol Int.* (27) 11:1005-1010
- Nina, V. (2016). Estrés y el afrontamiento diádico en la relación marital. *Revista Griot*, 9(1), 48-56.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Prevención de las enfermedades crónicas*. World Health Organization. [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de Covid-19*. Biblioteca Digital OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
- Pegado, R., De Andrade, S., Constantino, M., Albuquerque, M., & Cordeiro, M. (2017). Impacts of Social Support on Symptoms in Brazilian Women with Fibromyalgia. *Revista brasileira de reumatología*, 57(3), 197-203.
- Pérez, M. & Redondo, M. (2006). Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *REME*, 9 (22), 8.
- Pérez, L. (2019). *La importancia de la provisión de apoyo social en el contexto de la salud y la enfermedad ¿Es necesario el trabajo social sanitario?* [Tesis de Licenciatura, Educación y Trabajo Social] Repositorio de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39825/TFG-G4070.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pomares, A., Zaldivar, D., López, R., & Naranjo, Y. (2021). Estrategias de afrontamiento y alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda. *Revista El Dolor*, 74, 18-24.
- Robles, A. (2012). Fibromialgia y el contexto familiar. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, (45), 35-52. <https://core.ac.uk/download/pdf/50605422.pdf>
- Rodríguez, J., Pastor, Á., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, (5), 349-372.
- Rodríguez, S., & Enrique, H. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (7), 155-168.
- Savelkoul, M., Post, M., De Witte, P & Van Den Borne, B (2000). Apoyo social, afrontamiento y bienestar subjetivo en pacientes con enfermedades reumáticas. *Educación y asesoramiento para pacientes*, 39 (2-3), 205-218.

- Serra, M. (2020). Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 10(2), 78-8.
- Schaefer, C., Coyne, C., & Lazarus, S. (1981). The Health-related Functions of Social Support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Scherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, F., & Andrés, D. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 11(6), 45-51.
- Soucase, B., Soriano, J & Monsalve, V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (5), 277- 241.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 27-34.
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología*, (84), 91-107.
- Soriano, J., Monsalve, V., Ibañez, E., & Gómez, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 537-542.
- Tafur, S. (2012). *Fibromialgia: Conócela y ayúdala*. [Tesis de Licenciatura, Psicología] Repositorio de la Universidad San Ignacio de Loyola. <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/123456789/78>
- Triviño, A., Solano, M. & Siles, J. (2014). La cronicidad de la Fibromialgia. *Enfermería Global*, 13 (35), 273-292. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/revision1.pdf>
- Valiente, L., & Herranz, I. (2005). *¿Qué significa estadísticamente significativo'?: la falacia del criterio del 5% en la investigación*. Ediciones Díaz de Santos.
- Van-Hook, P. (2016). Spirituality as a Potential Resource for Coping with Trauma. *Social Work & Christianity*, 43(1), 7–25.

- Varela, I. & Barrón, A. (2016). La influencia de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardiaca. *Acta de Investigación psicológica*, 6(2), 2459-2468.
- Vázquez, C, Crespo, M, & Ring, J. (2003). Estrategias de afrontamiento. *Medicina clínica en psiquiatría y Psicología*.
- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2), 1-11.
- Vega, S. (2020). *Apoyo social percibido y resiliencia en estudiantes becados de una universidad privada de Lima Metropolitana*. [Tesis de Grado, Facultad de Humanidades] Repositorio de la Universidad San Ignacio de Loyola. <https://repositorio.usil.edu.pe/items/9bd1b5e8-0e08-4ca4-a84c-4ca68d07ab9b>



## Apéndices

### Apéndice A: Consentimiento informado para participantes

El propósito de este documento es brindar a los y las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella.

La presente investigación es conducida por Ana Paula Mendieta Vigo, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Católica del Perú, asesorada por la Doctora Ana Mercedes Caro Cárdenas. La investigación se denomina “Apoyo social percibido y estrategias de afrontamiento al dolor crónico en pacientes con fibromialgia”, la cual tiene como propósito analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento al dolor crónico y el apoyo social percibido por las mujeres diagnosticadas con fibromialgia.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unos cuestionarios, que le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Además, usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para usted.

Igualmente, es importante recalcar que la información que se recoja será anónima y estrictamente confidencial, y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Asimismo, al participar de este estudio, usted contribuirá a la profundización de la comprensión académica del tema. Como se trata de un estudio con fines académicos, no habrá devolución de los resultados obtenidos, por lo que la data será eliminada cuando los datos se hallan completamente analizados; es decir, al culminar la investigación.

Si tuviera alguna duda o consulta acerca de la investigación, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: [apmendieta@pucp.edu.pe](mailto:apmendieta@pucp.edu.pe) o con mi asesora Ana Mercedes Caro Cárdenas al [acaroc@pucp.edu.pe](mailto:acaroc@pucp.edu.pe)

Desde ya le agradecemos su participación.

En función a lo leído: ¿Desea participar de la investigación?

SI ( ) NO ( )

## Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos

Les agradecemos compartir con nosotros algunos datos individuales. La información que Uds. reporten solo será usada para realizar la investigación. Se les garantiza confidencialidad.

¡Muchas gracias!

### 1. Nacionalidad:

Peruana

Otro

### 2. Lugar donde reside:

Lima Metropolitana

Otro

### 3. Edad:

Menor de 18 años

Entre los 18 a 70 años

Mayor de 70 años

### 4. Sexo:

Masculino

Femenino

Otros

## 4. Estado Civil:

Soltera

Casada

Conviviente

Viuda

Divorciada

Otros

## 5. Grado de instrucción:

Educación primaria incompleta

Educación primaria completa

Educación secundaria incompleta

Educación secundaria completa

Educación técnica incompleta

Educación técnica completa

Educación universitaria incompleta

Educación universitaria completa

Estudios de postgrado

## 6. ¿Vive con alguien en casa?

Si

No

7. Si en la pregunta anterior respondió que sí, ¿Con quién vive?

Pareja

Hijo/s

Padres

Hermanos/as

Compañeros de casa/departamento

Parientes o amigos

8. ¿Cuánto tiempo dedica a las actividades del hogar (limpiar, cocinar, lavar, planchar, etc.)?

Colocar en horas: \_\_\_\_\_

9. ¿Ha sido diagnosticada con Síndrome de Fibromialgia?

Si

No

10. Tiene diagnóstico previo de alguna comorbilidad psiquiátrica:

Si

No

11. ¿Ha sufrido una pérdida de un familiar en las últimas dos semanas?

Si

No

12. ¿Padece de otra enfermedad que le cause dolor o enfermedad física?

Si

No

13. ¿Usted cuenta con un seguro de salud?

Si

No

14. ¿Usted trabaja?

Si

No

15. Número de horas que trabaja a la semana: \_\_\_\_\_

