

INTRODUCCIÓN

Las patologías siempre han estado cercanas a las personas y han causado dificultades a lo largo de la historia, algunas más visibles que otras, pero con consecuencias igual de graves. En la presente investigación, se hará el abordaje de variables psicológicas como la calidad de vida, ansiedad y depresión, en mujeres que sufren fibromialgia. Hay que empezar entendiendo que la fibromialgia es un padecimiento difícil de diagnosticar ya que se acompaña de dolor crónico sin alguna causa médica identificable, por ende, vivir con una enfermedad poco comprendida e invisible afecta diversas facetas de la vida del paciente, entre ellas la psicológica.

Al hablar de fibromialgia, se está hablando de enfermedades crónicas, las cuales ocupan un importante lugar en el perfil epidemiológico en el mundo, por las características de su evolución, producen en quienes las padecen secuelas generalmente multisistémicas que generan cambios significativos en el estilo de vida, necesidades especiales y específicas de cuidado y autocuidado, según las discapacidades y limitaciones que las complicaciones de su evolución causen; esta situación afecta no solo a la persona que padece la enfermedad sino a su grupo familiar. Cuando a una persona se le diagnostica o padece una enfermedad crónica se ven afectadas sus dimensiones físicas, psicológicas, familiares, sociales y laborales dependiendo de la intensidad, naturaleza del trastorno y gravedad de este, así como de aspectos individuales del sujeto como la responsabilidad y los recursos disponibles. La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor persistente y afecta desproporcionalmente a las mujeres (Triviño, 2017).

La fibromialgia es una afección crónica que se caracteriza por la presencia de dolor musculoesquelético que se presenta de forma generalizada, difusa y persistente, y que en algunos casos puede llegar a ser incapacitante. La presencia de dolor crónico suele coexistir con un amplio rango sintomatológico, principalmente fatiga, problemas de sueño, parestesias, rigidez articular, cefaleas y sensación de hinchazón en las manos; así como alteraciones a nivel emocional y cognitivo como ansiedad, depresión y trastornos de concentración y memoria (Arnold et al., 2019).

Además, es importante mencionar que la fibromialgia se constituye en un problema de salud de primera magnitud para la comunidad, tanto por su cronicidad como por la afectación a la

calidad de vida que produce en las afectadas y sus familiares, está asociada a un elevado consumo de recursos del Sistema Nacional de Salud de cualquier país (Díaz de Torres et al., 2011).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y

JUSTIFICACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

A lo largo de los años, muchas patologías de diferentes tipos han afectado a las personas y se han convertido en grandes problemáticas de salud, muchas de estas patologías han tenido una fuerte exposición debido a sus consecuencias y a la época en la que aparecieron, asimismo, otras no tienen demasiada exposición a pesar de los efectos negativos que causa en quienes la padecen, una de estas patologías es la fibromialgia.

La fibromialgia se caracteriza por la ausencia de hallazgos radiológicos, analíticos y anatomopatológicos, que resultan poco esclarecedores en su diagnóstico. El diagnóstico de la Fibromialgia es clínico ya que, actualmente, no existe ninguna prueba de laboratorio ni radiológica específica para diagnosticarla. Se trata de un diagnóstico por descarte, en el que hay que realizar pruebas complementarias para descartar otras enfermedades o la coexistencia de otros procesos asociados, además, los síntomas son comunes a otras alteraciones, lo que dificulta aún más el diagnóstico. La tendencia más reciente apunta, más que a un único agente causal, a una interacción de factores como posibles desencadenantes de la enfermedad, pese a que ninguno resulta determinante ni específico de la Fibromialgia. En este sentido, parece que pueden estar involucrados en la fisiopatología de la enfermedad factores genéticos, bioquímicos, hormonales, inmunológicos y psicológicos (Briones, 2014).

Cabe mencionar que se estipula que la fibromialgia a nivel mundial afecta del 2% al 4% en la población general y es más frecuente en mujeres en un 90%. No obstante, existen autores que afirman que la prevalencia real de la fibromialgia puede llegar hasta el 11% de la población. La edad de aparición oscila entre los 25 y los 65 años, con una edad media de 49 años; existen excepciones donde la fibromialgia también puede presentarse en la infancia después de cumplir 7 años y aunque es posible, es muy poco frecuente que aparezca por vez primera en edades avanzadas (Becerra, 2016).

En Bolivia, el Comité Nacional de las Personas con Discapacidad (Conalpedis) que indica que, en el año 2018, el 3% de la población boliviana padecía esta condición, con predominio femenino, también sostienen que es común en un 90% en mujeres, entre 20 y 50 años, estos datos son de hace años y no se reportan otros más actuales realizados dentro del país (Vargas, 2018).

La fibromialgia es una enfermedad crónica que, en América Latina, estudios reportan una variación del 0,5% al 7,3%, siendo en Bolivia un 0,4% a nivel Latinoamérica. La condición se caracteriza por dolor generalizado, fatiga, trastornos del sueño y problemas cognitivos. Aunque la causa exacta es desconocida, factores psicológicos como el estrés y la ansiedad, así como la predisposición genética, se han identificado como posibles desencadenantes (Mendoza, Bonilla y Osorio, 2023).

La fibromialgia puede traer consigo varios efectos negativos y a la vez se puede potenciar con la presencia de otras afecciones que sean de orden psicológico, como lo pueden ser una mala calidad de vida, problemas de ansiedad y depresión.

En el dolor crónico de la fibromialgia, la ansiedad es uno de los factores emocionales más habituales, esta relación se explica por el hecho de que estas personas suelen centrar su atención en las sensaciones dolorosas, provocando que éste se mantenga o aumente (Vidal, 2017).

Por su parte, el origen de la relación entre la depresión y la fibromialgia no es aún claro, de hecho, eventos que predisponen a los pacientes a desarrollar depresión desde su infancia son también factores de riesgo para la fibromialgia y el dolor crónico (Vázquez y Vázquez, 2015).

Se han propuesto diversas teorías al respecto, una de ellas es que ante la falta de credibilidad e incompreensión que tienden a soportar los pacientes debido a la invisibilidad de sus síntomas sufren de aislamiento, soledad y tienden a ensimismarse para que nadie les juzgue por lo que están sufriendo, otra teoría es que la depresión puede surgir a consecuencia del sufrimiento doloroso crónico (Sánchez, 2014).

Es importante mencionar que todos estos aspectos se pueden potenciar aún más si la persona no cuenta con una buena calidad de vida.

Respecto a las variables de la presente investigación, es necesario definirlas de la siguiente manera. Cuando se hace referencia a la **calidad de vida** se entiende como “*la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros*” (OMS, 1994).

Por su parte, la **ansiedad** es definida como “*un estado emocional desagradable, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo, se considera y define mejor la ansiedad teniendo en cuenta la diferencia de rasgo de personalidad y estado emocional en la ansiedad*”. (Spielberger, 1970: 51)

Y la **depresión**, es definida como “*un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas*”. (Beck, 1983, p.78).

La fibromialgia es una condición que no ha sido muy evaluada o investigada desde los aspectos psicológicos, sin embargo, se pudieron encontrar algunos de los siguientes trabajos:

Dentro del ámbito **internacional**, se encontró que en España en el año 2019, se realizó un trabajo titulado “Caracterización de la capacidad funcional y de la calidad de vida en mujeres con fibromialgia”. En este trabajo, respecto a los resultados, se encontró la alteración de diferentes componentes biomecánicos, además de la ansiedad autoinducida y el umbral de dolor, con el reto de determinar aquellas condiciones psicomotoras que influyen en la calidad de vida de estas personas. Esta investigación sugiere que se siga investigando, con la finalidad de conseguir alcanzar un conocimiento adecuado sobre este síndrome, que sea susceptible de permitir un abordaje terapéutico más eficaz, para poder llevar a cabo tratamientos de fisioterapia con una mejor atención (Sempere, 2019).

Por su lado, en España la investigación “Estudio sobre los aspectos psicológicos de la fibromialgia en mujeres” pudo hacer un abordaje psicológico relacionado a esta problemática. Se trabajó con 37 mujeres con fibromialgia, en este trabajo los resultados informaron que las mujeres con fibromialgia manifestaron haber experimentado significativamente mayor cantidad de estresores e impacto percibido en relación a los mismos, en los 10 últimos años de su vida, el grupo de estudio manifiesta mayor intensidad dolorosa y limitaciones funcionales, además las mujeres con fibromialgia son más inestables emocionalmente que otras mujeres, las mujeres con fibromialgia informaron haber experimentado significativamente mayor cantidad de manifestaciones de malestar

psicológico, y un mayor nivel de intensidad de este malestar, en los últimos 7 días, en relación a los otros dos grupos de mujeres (Oteo, 2010).

Asimismo, en México se hizo un trabajo “Ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia”. En esta investigación la muestra fue por conveniencia, participaron 102 mujeres mayores de edad con fibromialgia avalada por un reumatólogo. Además, se utilizó el Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico revisado (CAD-R), el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y datos sociodemográficos. Respecto a los resultados, se reportó que las mujeres con fibromialgia prefieren afrontar el dolor crónico mediante la autoafirmación y la distracción. Así mismo se reportan mayores niveles de depresión, ansiedad en impacto de la fibromialgia en pacientes nacionales que en estudios de otros países (De León, 2019).

A nivel local, se pudo realizar una entrevista a la Dra. Daniela Flores Rengifo, Reumatóloga en Atención en H.S.D.D, PROSALUD, CIES y en VICEMS, quien refiere sobre la Fibromialgia e indica textualmente que; *“la fibromialgia es una condición en la cual el paciente sufre de hipersensibilidad al dolor, generalmente presentan dolor generalizado, un paciente con fibromialgia generalmente que sufre de ansiedad, depresión, falta de manejo del estrés, es recomendable que visiten a un psiquiatra para una primera evaluación y que el mismo le recete medicación de acuerdo al contexto del paciente. Algo que también es lamentable, es que actualmente en Tarija solo se cuenta con tres reumatólogos, los cuales no pueden cubrir las necesidades de los pacientes que requieren la atención especializada, muchos de los pacientes deben hacer largas filas y esperar a obtener un turno para su atención. Esta condición no es muy conocida y no hay con exactitud una base de datos, sin embargo, en todos los centros médicos se cuenta con la visita de pacientes que sufren de fibromialgia”* (entrevista realizada el 10 de septiembre de 2024).

Como se puede constatar, dentro del país y en nuestra región, no se han podido encontrar investigaciones que hayan trabajado con esta población. Esto muestra la necesidad que existe por investigar y brindar información sobre la fibromialgia en mujeres, información que servirá como antecedente investigativo para un futuro.

En función a la información presentada y considerando los efectos negativos de la problemática, para un mejor direccionamiento de la investigación se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida, nivel de ansiedad y nivel de depresión en mujeres que presentan fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia, en la gestión 2024?

1.2. Justificación

La fibromialgia es una condición que cada vez afecta a más personas, siendo las mujeres quienes la padecen en mayor frecuencia, es un problema que no es muy conocido y que merece una mayor atención.

No se debe olvidar que esta es una patología que afecta a diferentes áreas de la persona que la padece y puede llegar a condicionar y ser invalidante. De esta manera, el abordar este tipo de patología ayudará que se le pueda dar una mayor exposición que permitirá sensibilizar a terceras personas sobre la misma. Además, los resultados de esta investigación pueden generar aportes importantes no solo para las mujeres que presentan fibromialgia, sino que puede servir a terceras personas como la familia, instituciones y población en general.

Es importante mencionar que el abordaje que se realizará será desde el enfoque de variables psicológicas como la calidad de vida que presentan, el nivel de ansiedad estado-rasgo y el nivel de depresión, considerando que estas variables pueden surgir como consecuencias de esta patología y además pueden potenciarla, empeorando la condición general de la persona.

Cabe referir que también es un trabajo que resulta importante para la sociedad en general y para la ciencia, ya que se trata de un estudio que intenta abordar una problemática que no tiene muchos reflectores frente a la población y los medios, además no se tienen muchos antecedentes investigativos en el mundo y mucho menos en nuestro medio.

El presente trabajo de investigación cuenta con importantes aportes, entre los cuales se encuentran los siguientes:

En primer lugar, cuenta con un aporte **teórico**, debido a que este estudio con los resultados que se encontraron, brinda información nueva sobre la fibromialgia, estos datos son actuales debido a que, dentro de nuestro medio, no se encuentran trabajos de similares características. Esta información sirve como punto de partida para acciones de prevención y de estudios posteriores, es decir, otros investigadores la pueden utilizar como antecedente para la realización de futuros trabajos de investigación.

De igual manera, este trabajo cuenta con un importante aporte **práctico**, ya que los datos brindados pueden servir para la implementación de estrategias de intervención con las

mujeres que sufren esta condición, estas estrategias se convierten en un gran aporte debido a que pueden ayudar en la solución real de la problemática.

Es importante mencionar que este trabajo también le puede servir y puede ser presentado a instituciones o personas que trabajan en pro de la salud de la población, es decir, instituciones como el INTRAID, Gobierno Municipal de Cercado, Secretaria de la Mujer, entre otras.

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. Pregunta problema

¿Cuál es la calidad de vida, nivel de ansiedad y nivel de depresión en mujeres que presentan fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia, en la gestión 2024?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida, nivel de ansiedad y nivel de depresión en mujeres que presentan fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia, en la gestión 2024.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia.
2. Describir el nivel de ansiedad estado-rasgo que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia.
3. Identificar el nivel de depresión que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia.

2.3. Hipótesis

1. Las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de calidad de vida “media baja”.
2. Las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de ansiedad estado y rasgo “alto”.
3. Las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de depresión “moderada”.

2.4. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
Calidad de vida: <i>“Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros” (OMS, 1994).</i>	Salud física	Actividades de la vida diaria, dependencia de ayudas médicas, engería y fatiga, dolor, descanso y sueño, movilidad y capacidad de trabajo.	Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (OMS, 1994) -Baja 0 a 44 puntos -Media baja 45 a 60 puntos -Media 61 a 80 puntos -Media alta 81 a 90 puntos -Alta 91 o más
	Salud psicológica	Imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad - religión o creencias personales, pensamiento - aprendizaje - memoria y concentración.	
	Relaciones sociales	Relaciones personales, apoyo social y actividad sexual.	
	Ambiente	Recursos financieros, libertad - seguridad física - seguridad, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad, ambiente del hogar, oportunidad para adquirir nueva información y habilidades.	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
Ansiedad: <i>“Es un estado emocional desagradable, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo, se considera y define mejor la ansiedad teniendo en cuenta la diferencia de rasgo de personalidad y estado emocional en la ansiedad”.</i> (Spielberger, 1970)	Ansiedad estado	Ansiedad estado afirmativo - Nerviosismo. - Tensión. - Preocupación. - Intranquilidad. Ansiedad estado negativo - Activación positiva. - Animación. - Bienestar. - Satisfacción y confianza en sí mismo.	Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI) de Spielberger ESTADO Percentil 1-23 -Bajo Percentil 25-75 -Medio Percentil 77-99 -Alto RASGO Percentil 1-23 -Bajo Percentil 25-75 - Medio Percentil 77-99 -Alto
	Ansiedad rasgo	Ansiedad rasgo afirmativo positivo - Melancolía. - Desesperanza. - Sentimiento de incapacidad. Ansiedad rasgo negativo - Estabilidad. - Ausencia de cambios de humor	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
Depresión: <i>“Es un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”.</i> (Beck, 1983, p.78).	-Cognitivo- Afectiva	-Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, desvalorización, cambios en el apetito.	“Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)” -No depresión De 0 a 13 puntos -Depresión leve De 14 a 19 puntos -Depresión moderada De 20 a 28 puntos
	-Somática	-Agitación, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.	-Depresión grave De 29 a 63 puntos

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo de la investigación, se presenta el contenido bibliográfico, es decir, toda la revisión teórica que se hizo en relación a la fibromialgia y variables psicológicas como la calidad de vida, ansiedad estado-rasgo y el nivel de depresión que tienen las personas que presentan esta condición. Este capítulo es importante porque coadyuva en el sustento del presente estudio y además resulta importante para el análisis e interpretación de los resultados de acuerdo a las variables propuestas.

3.1. FIBROMIALGIA

3.1.1. Definición de la fibromialgia

El síndrome de fibromialgia (SFM) es una condición crónica y compleja que causa dolores generalizados y un agotamiento profundo, y también una variedad de otros síntomas acompañantes. Muchas veces, se describe como un dolor de pies a cabeza. Afecta principalmente a los tejidos blandos del cuerpo. No ocasiona dolor o hinchazón de las articulaciones. No se conocen bien los mecanismos por los que se produce y por ello no se encuentran alteraciones en los análisis o en los estudios de imagen que permitan establecer el diagnóstico (García, 2020)

Es importante mencionar que la fibromialgia comparte algunas características con el síndrome de astenia crónica o fatiga crónica o, como recientemente se le ha denominado, enfermedad sistémica por intolerancia al ejercicio.

La fibromialgia es una enfermedad reumática crónica caracterizada por dolor generalizado del aparato locomotor que se acompaña de cansancio intenso, disminución de la capacidad funcional, alteraciones cognitivas y del sueño, síntomas funcionales en diversos órganos y mal estado de ánimo. Esta patología puede manifestarse a cualquier edad, pero es mucho más prevalente en las edades medias de la vida y se considera la causa más frecuente de dolor musculoesquelético (Sánchez, 2021).

La fibromialgia es un síndrome que se manifiesta a través de un estado doloroso crónico generalizado no articular, con afección de los músculos que presenta una exagerada

sensibilidad en múltiples puntos definidos, sin alteraciones orgánicas demostrables, la fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor de la musculatura esquelética generalizada y fatiga. La palabra fibromialgia significa «dolor en los músculos, ligamentos y tendones» (partes fibrosas del cuerpo). Las personas que presentan fibromialgia tienen una mala tolerancia al esfuerzo físico, se encuentran como si se les hubiera agotado la energía. Este hecho condiciona que cualquier ejercicio de intensidad moderada produzca dolor, lo que hace que se evite la consecuencia, es que cada vez se hacen menos esfuerzos, la masa muscular se empobrece y el valor de tolerancia al ejercicio desciende aún más (Álvarez, 2003).

3.1.2. Síntomas típicos de la Fibromialgia

De acuerdo a García (2020), la fibromialgia tiene algunos de los siguientes síntomas:

- Trastornos del sueño: A pesar de dormir las horas suficientes, pueden despertarse y sentirse todavía cansados.
- Anquilosamiento: Rigidez del cuerpo.
- Incremento de dolores de cabeza o de la cara.
- Malestar abdominal: Trastornos digestivos, dolores abdominales, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea.
- Problemas genitourinarios: Aumento en la frecuencia o de mayor urgencia para orinar, típicamente, sin una infección de la vejiga.
- Parestesia: Entumecimiento u hormigueo (por ejemplo, en las manos o los pies).
- Sensibilidad a la temperatura.
- Problemas de la piel: Síntomas molestos, como prurito, resequedad o manchas.
- Síntomas del tórax: Dolores del pecho o las partes superiores del cuerpo.
- Desequilibrio: Problemas de vértigo y/o del equilibrio.
- Trastornos cognoscitivos: Dificultad para concentrarse, "lentitud mental", pérdida de la memoria.
- Sensaciones en las piernas: "Síndrome de las piernas inquietas" (impulso incontrolable de mover las piernas, sobre todo cuando se está descansando o reposando).

- Sensibilidad ambiental: Hipersensibilidad a la luz, ruidos, olores y cambios del tiempo.
- Depresión y ansiedad.

3.1.3. Causas de la fibromialgia

Las causas de la fibromialgia son desconocidas, probablemente, hay muchos factores implicados. Algunos/as pacientes explican que la han desarrollado tras un estrés físico o emocional, otros lo relacionan con un traumatismo o una enfermedad, en la mayoría de los casos, parece ocurrir sin causa aparente. La hipótesis más probable es que la FM está causada por un trastorno en el modo en que el cuerpo procesa el dolor, más concretamente en un aumento en la sensibilidad a estímulos que en personas normales no son dolorosos. La investigación sobre sus causas es muy intensa, incluyen investigaciones sobre cómo el sistema nervioso central procesa el dolor. Varios estudios indican que las personas que tienen un miembro de la familia afectado de fibromialgia tienen mayor propensión a desarrollarla. Las razones exactas para explicar este hecho, no se conocen, podría ser la herencia o el ambiente compartido, por lo que se están estudiando activamente los factores genéticos que pueden estar implicados en su origen (Blanch, 2020).

Aunque se desconocen las causas que originan esta enfermedad, hoy en día se piensa que la fibromialgia se produce por una alteración de determinados neurotransmisores del sistema nervioso, que son las sustancias encargadas de la comunicación entre las neuronas. Sabemos que existen muchos factores de tipo traumático, psicológico, infeccioso o emocional capaces de desencadenar la aparición de una fibromialgia. También se sabe que en estas personas se produce una sensibilización del sistema nervioso central con activación de determinados núcleos cerebrales, hipo actividad de otros y numerosas alteraciones de los neurotransmisores cerebrales que explican bien los síntomas de la enfermedad. Por otra parte, se han descrito varios polimorfismos genéticos asociados con la fibromialgia, lo cual justifica la presencia de familias con varios miembros afectados por la enfermedad y por tanto con mayor predisposición a padecerla (Sánchez, 2021).

La causa de la fibromialgia es desconocida pero se conocen algunos desencadenantes, como por ejemplo infecciones virales o bacterianas, algún accidente u otra enfermedad simultánea

como artritis reumatoide, lupus o hipotiroidismo. Estos desencadenantes probablemente no causan la fibromialgia sino que parecen estimular alguna anomalía existente en el organismo.

Algunas teorías en investigación implican alteraciones de la regulación de neurotransmisores (serotonina), de la función del sistema inmunitario, de la fisiología del sueño o del control hormonal. Se está ensayando técnicas de imagen para el estudio de funciones cerebrales y análisis virológicos para determinar el papel de las infecciones víricas en la fibromialgia. Es probable que una respuesta anormal a los factores que producen estrés desempeñe un papel importante en esta enfermedad (Álvarez, 2003).

Además, la fibromialgia puede ser clasificada como regional, primaria y secundaria. La fibromialgia regional se denomina también fibromialgia localizada o, más frecuentemente, síndrome miofascial, en este caso el dolor está localizado en una zona y, por tanto, limitado a puntos contiguos. La fibromialgia primaria se caracteriza por dolor difuso y puntos dolorosos a la presión en múltiples localizaciones en ausencia de una condición concomitante o subyacente y si el paciente no tiene ninguna alteración articular y secundaria cuando la presenta (Álvarez, 2003).

3.1.4. Diagnóstico de la fibromialgia

La realidad es que los/las pacientes con FM, antes de ser diagnosticados/as acostumbran a haber visitado a muchos médicos, probablemente debido a que el dolor y el cansancio se solapan con muchos otros signos y síntomas, aparentemente no relacionados. Por dicho motivo, el equipo médico tiene que descartar otras potenciales causas de estos síntomas antes de diagnosticar FM, a lo que se añade, que en la actualidad no hay una prueba diagnóstica. Debido a estas razones, algunos médicos desafortunadamente, concluyen que el dolor de los/as pacientes no es real.

En la mayoría de casos, el personal médico entrenado en el diagnóstico de FM puede diagnosticarla con relativa facilidad: una historia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, acompañado de sensibilidad al dolor difusa. Excluyendo otras enfermedades que puedan causar dolor y/o cansancio generalizado, bastaría en principio para hacer el diagnóstico. Se considera al dolor como generalizado cuando afecta a los 4 cuadrantes del

cuerpo. La Academia Americana de Reumatología (ACR) ha establecido 18 puntos del organismo como puntos especialmente dolorosos a la presión. Para cumplir estrictamente los criterios de clasificación de la ACR, se requiere la presencia de 11 o más puntos dolorosos, pero a menudo, y en algunos pacientes, no todos los puntos son dolorosos, sobre todo en los hombres, lo que no invalidaría el diagnóstico (Blanch, 2020).

Respecto al tratamiento, hay que mencionar que los tratamientos de la fibromialgia no son curativos, ya que se desconocen sus causas, por lo que van dirigidos a aliviar los síntomas de los pacientes. Antes de comenzar el tratamiento, los expertos deben asegurarse de que el diagnóstico es el correcto, a continuación, los especialistas procederán a explicarles a los pacientes en qué consiste la enfermedad y qué está pasando exactamente. Por último, deberán implicarlos en el abordaje y en las terapias mediante pautas vitales positivas, deporte y tratamiento farmacológico.

En el tratamiento, son de mucha importancia las terapias psicológicas, el dolor persistente afecta al estado anímico, desarrollando síntomas ansioso-depresivos que llegan a trastornar las relaciones familiares, sociales y laborales. Esta persistencia de los síntomas reduce la autoestima, hace que los pacientes pierdan la capacidad de concentración y existe pérdida de interés. Por estos motivos, es muy importante este apoyo psicológico para enseñar al paciente cómo afrontar correctamente su enfermedad, con una terapia cognitivo-conductual que va a mejorar la depresión, la calidad de vida e incluso, el dolor (Sánchez, 2021).

3.2. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida en mujeres con fibromialgia podría verse afectada por la naturaleza crónica de esta enfermedad, que incluye síntomas como dolor generalizado, fatiga y alteraciones del sueño, los cuales podrían limitar su capacidad para realizar actividades cotidianas y laborales. A su vez, estas limitaciones podrían generar frustración, sentimientos de ansiedad y depresión, así como afectar sus relaciones interpersonales y el entorno familiar. Es posible que la combinación de estos factores requiera una intervención integral que abarque no solo el manejo del dolor, sino también el apoyo emocional, el autocuidado y la promoción de estrategias de afrontamiento.

Una de las variables principales del presente trabajo de investigación es la calidad de vida, la cual es definida como *“un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condicione objetivas de vida y las percepciones de los otros”* (Schalock, 1997).

Organizaciones como la OMS (1994), que además son los autores del instrumento, refieren que la calidad de vida es *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros”*.

3.2.1. Dimensiones de la calidad de vida

De acuerdo a Schalock (1997) la calidad de vida cuenta con las siguientes dimensiones que se describen a continuación:

Función física: La función física se refiere al nivel en que la salud de una persona limita su capacidad para realizar actividades físicas diarias. Esto incluye tareas básicas como el autocuidado (bañarse, vestirse, alimentarse), así como otras acciones más demandantes como caminar, agacharse, levantar objetos o realizar esfuerzos físicos moderados o intensos. Cuando la salud está comprometida, la capacidad de realizar estas actividades puede verse reducida, afectando directamente la independencia y la calidad de vida de la persona. Por ejemplo, una persona con dolor crónico o debilidad muscular puede tener dificultades para moverse con normalidad, lo que puede impactar su rutina diaria o su bienestar general.

Rol físico: El rol físico está relacionado con el impacto que los problemas de salud física tienen en la capacidad de una persona para desempeñarse en el trabajo y en otras actividades cotidianas. Si la salud física está comprometida, es común que las personas no puedan realizar sus tareas habituales con el nivel de eficacia deseado. Esto puede incluir desde una reducción en la cantidad de horas de trabajo hasta una disminución en la calidad del rendimiento. Las limitaciones físicas como el dolor o la fatiga pueden hacer que una persona necesite reducir su carga laboral, adaptarse a un ritmo más lento o evitar ciertas actividades por completo, lo que puede generar frustración como, asimismo, afectar la productividad.

Dolor corporal: El dolor corporal hace referencia al grado de intensidad del dolor que experimenta una persona o su impacto en su vida diaria. El dolor puede variar en intensidad, desde un leve malestar hasta un dolor debilitante como así también su efecto puede influir en la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, concentrarse o disfrutar de la vida. El dolor crónico, en particular, puede generar un gran desgaste físico y emocional, afectando no solo el bienestar físico, sino también la salud mental, ya que puede contribuir al desarrollo de ansiedad, irritabilidad o depresión.

Salud general: La salud general engloba la percepción que una persona tiene sobre su estado de salud en términos amplios, incluye la valoración de su salud actual, las expectativas sobre cómo evolucionará en el futuro y su percepción sobre su resistencia a enfermar. Esta valoración es subjetiva o puede estar influenciada por factores como la presencia de enfermedades crónicas, el nivel de dolor o malestar, y la experiencia personal con el sistema de salud. Una percepción negativa de la salud general puede llevar a una menor motivación para realizar cambios en el estilo de vida o para seguir tratamientos, lo que impacta en la calidad de vida y el bienestar general.

Vitalidad: La vitalidad se refiere al nivel de energía y entusiasmo que una persona siente a lo largo del día, en contraposición al cansancio y la fatiga. Las personas que experimentan altos niveles de vitalidad suelen sentirse energizadas y capaces de enfrentar las demandas físicas y emocionales de la vida cotidiana, mientras que aquellas con baja vitalidad pueden sentirse agotadas y sin fuerzas, lo que afecta su rendimiento en las actividades diarias.

Es importante mencionar que en la actualidad, hay un gran número de personas con fibromialgia que realizan una vida normal. Sin embargo, si la enfermedad tarda en diagnosticarse o no se realiza la intervención adecuada, la calidad de vida del paciente va disminuyendo poco a poco. La importancia de esta patología radica en que afecta a todos los ámbitos de la vida del paciente y éste puede llegar a desarrollar una discapacidad que incluso interfiera en su ámbito laboral. Según varios estudios, entre el 15 y el 20 y hasta el 50 por ciento de los pacientes tienen que dejar su trabajo (Sánchez, 2021).

Haciendo énfasis en las dimensiones propuestas en el instrumento, cabe describir las siguientes propuestas por la OMS (1994):

Salud física

- **Actividades de la vida diaria:** Explora la capacidad de una persona para realizar actividades en el día a día.
- **Dependencia de medicamentos o tratamientos:** Examina la dependencia a los medicamentos o medicinas alternativas para contribuir con el bienestar físico y psicológico.
- **Energía y fatiga:** Explora la energía, entusiasmo y resistencia que tiene una persona para realizar tareas necesarias de la vida diaria, así como otras actividades elegidas, como la recreación.
- **Dolor e incomodidad:** Explora sensaciones físicas desagradables como rigidez, dolor a corto o largo plazo y hasta qué punto estas sensaciones son angustiantes e interfieren con la vida.
- **Dormir y descansar:** Experimenta cuánto una persona puede dormir, descansar y los problemas que pueden tener en esta área.
- **Movilidad:** Examina la visión de la persona sobre su capacidad para moverse de un lugar a otro o en los servicios de transporte. Se centra en la capacidad general de la persona para ir a donde requiera sin la ayuda de otros, independientemente de los medios utilizados para hacerlo.
- **Capacidad de trabajo:** El trabajo se define como cualquier importante actividad en la que se dedica la persona, las actividades principales pueden incluir trabajo remunerado, no remunerado, comunitario, voluntario, estudio a tiempo completo, cuidado de niños y tareas domésticas.

Salud psicológica

- **Imagen corporal y apariencia:** Se basa en la satisfacción de la persona con su aspecto y el efecto que tiene sobre su autoconcepto sea de forma positiva o negativa.
- **Sentimientos negativos:** Experimenta cuando una persona tiene sentimientos negativos como: agotamiento, culpa, tristeza, llanto, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en el día a día de la persona.

- **Sentimientos positivos:** Experimenta cuando una persona presenta sentimientos positivos de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida.
- **Autoestima:** Examina cómo se sienten las personas acerca de sí mismas, esto puede variar desde sentirse positivo acerca de ellos mismos a sentirse extremadamente negativos.
- **Espiritualidad – religión - creencias personales:** Examina la experiencia y un sentido de bienestar a través de las diferentes creencias religiosas, personales y espirituales. Para muchas personas esto es una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, significado, sentido de pertenencia, propósito y fuerza.
- **Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración:** Explora la visión de una persona de su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones, esto incorpora la velocidad y la claridad del pensamiento.

Relaciones sociales

- **Relaciones personales:** Examina hasta qué punto las personas sienten compañía, amor y apoyo que desean de las relaciones íntimas en su vida, aborda la oportunidad de amar, ser amado y tener intimidad con los demás, emocional y físicamente.
- **Apoyo social:** Examina cuando siente una persona el compromiso, aprobación y disponibilidad de asistencia de familiares y amigos, y en qué medida podría depender de este apoyo en una crisis.
- **Actividad sexual:** Enfoca la necesidad y el deseo sexual de una persona, y la medida en que la persona puede expresar y disfrutar su deseo sexual de manera apropiada. Las personas pueden informar poco o nada del deseo sexual sin que esto tenga ningún efecto adverso en su calidad de vida.

Ambiente

- **Recursos financieros:** Explora la visión de la persona de cómo sus recursos financieros satisfacen las necesidades de una vida saludable y cómoda.
- **Libertad - seguridad física - seguridad:** Examina el sentido de seguridad de la persona y protección contra daños físicos, es probable que influya directamente en el sentido de libertad de la persona y la oportunidad de vivir sin restricciones.

- **Salud y asistencia social:** Examina la visión de la persona sobre la salud, atención social y el tiempo que toma obtener ayuda y la atención que recibe o espera recibir la persona. Incluye lo fácil o difícil que es llegar a los servicios sociales y de salud.
- **Ambiente del hogar:** Examina el lugar donde vive y la calidad del hogar sobre la base de estar cómodo, brindarle a la persona un lugar seguro para residir, también se incluye la referencia al vecindario inmediato.
- **Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades:** Examina la oportunidad y el deseo de aprender nuevas habilidades, nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que está sucediendo. Esto podría ser a través de programas de educación, actividades recreativas y tener noticias de lo que está sucediendo
- **Participación y oportunidades de recreación y ocio:** Explora la capacidad, oportunidades e inclinación de una persona a participar e informar poco o nada del deseo sexual sin que esto tenga ningún efecto adverso en su calidad de vida.

3.3. ANSIEDAD ESTADO Y RASGO

Investigar la ansiedad en mujeres con fibromialgia podría ser fundamental, ya que ambas condiciones suelen presentarse de manera conjunta y posiblemente se influyan de manera recíproca. La ansiedad podría estar relacionada con un aumento en la percepción del dolor, la fatiga y otros síntomas, lo que complicaría aún más el manejo de la enfermedad. Comprender mejor esta interacción podría permitir el desarrollo de tratamientos que aborden tanto los síntomas físicos como los emocionales, mejorando la calidad de vida de las mujeres.

Considerando al autor del instrumento, la ansiedad es definida como *“un estado emocional desagradable, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo, se considera y define mejor la ansiedad teniendo en cuenta la diferencia de rasgo de personalidad y estado emocional en la ansiedad”* (Spielberger, 1970).

3.3.1. Teoría de ansiedad de Spielberger

Spielberger, señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable, que es producida gracias a un estímulo externo, siendo para el individuo considerado como

amenazador, dicha reacción produce cambios fisiológicos y conductuales. (Spielberger 1970).

Es importante hacer referencia que para Spielberger, la ansiedad surge de las diferentes circunstancias que requieren una respuesta física o psicológica, de tal modo que genera reacciones emocionales que incrementan el estrés, teniendo como consecuencia efectos en la salud mental y física del individuo; la ansiedad rasgo es la tendencia a esta misma, es decir, la propensión estable de la conducta que posee características relativamente estables o de equilibrio, esto genera que el individuo tenga una tendencia a reaccionar con ansiedad ante acontecimientos que no necesariamente son peligrosos o amenazadores. Por otra parte, los niveles de ansiedad de este individuo son más seguidos y prolongados frente a la sensación de riesgo o peligro, de modo que presentan una inclinación a la sobre estimulación del sistema nervioso autónomo frente a situaciones, circunstancias o eventos que son catalogados como ansiógenos. (Spielberger, 1970).

3.3.2. Dimensiones de la ansiedad

De acuerdo a lo que propone Spielberger (1970), la ansiedad tiene las siguientes dimensiones:

Ansiedad Estado: Spielberger la define como “estado emocional” automático, la cual se puede modificar en el tiempo, es particular creando una mezcla de sentimientos únicos de nerviosismo, aprensión, generando preocupación, como también ideas desagradables y de inquietud, estrechamente ligadas a cambios netamente orgánicos, mostrando elevados niveles de ansiedad-estado los cuales son descritos como sumamente incómodos; lo que significa que si un individuo no puede sobrellevar o lidiar dicho estrés causado, empleará diferentes habilidades para afrontar diversas circunstancias que son consideradas como amenazas.

Ansiedad Rasgo: Spielberger hace mención a las particularidades de la ansiedad a nivel individual que vienen a ser equilibradas en forma relativa, siendo éstas una aptitud, rasgo o tendencia contraria, opuesto a la ansiedad estado, por otra parte, la ansiedad como rasgo no se muestra estrechamente en la conducta, y se debe deducir por la regularidad periódica en la que un sujeto sufre incrementos del estado de ansiedad. En tal contexto, los individuos con

un nivel elevado de ansiedad rasgo, presentan un nivel elevado de circunstancias y situaciones como amenazadoras que están más proclives a manifestar ansiedad estado de forma recurrente o de mayor intensidad.

3.3.3. Tipología de la ansiedad

Según Spielberger (1970), la ansiedad puede ser normal o patológica, dependiendo de su intensidad y de cómo afecta al individuo. A continuación, se detallan estas dos formas de ansiedad:

Ansiedad normal: La ansiedad normal es un estado emocional que surge como respuesta a situaciones específicas que el individuo percibe como desafiantes o amenazantes. Se trata de una reacción adaptativa y natural frente a eventos cotidianos, como exámenes, entrevistas laborales o cualquier otra circunstancia que demande una respuesta activa. Este tipo de ansiedad tiene un propósito funcional, ya que prepara al organismo para enfrentar y resolver los retos del entorno, ayudando a mejorar el desempeño y la atención en actividades importantes. En este sentido, un nivel moderado de ansiedad puede incluso ser beneficioso, ya que fomenta la alerta y la motivación, contribuyendo al cumplimiento de las exigencias diarias. Por tanto, la ansiedad normal es una parte intrínseca de la experiencia humana y cumple un rol esencial en la adaptación a los cambios y demandas del entorno.

Ansiedad patológica: Por otro lado, la ansiedad patológica ocurre cuando esta respuesta emocional sobrepasa los límites de lo normal, tanto en intensidad como en duración, afectando significativamente la calidad de vida de la persona. Este tipo de ansiedad no se limita a un contexto específico ni desaparece al superar el estresor, sino que se vuelve persistente y desproporcionada en relación con la situación real. Las personas que experimentan ansiedad patológica pueden presentar síntomas físicos, como taquicardia, sudoración excesiva, insomnio, tensiones musculares y fatiga. A nivel psicológico, se observan preocupaciones constantes, pensamientos catastróficos y una sensación de pérdida de control. Conductualmente, esto puede llevar al aislamiento, evitación de situaciones y dificultades para cumplir con las responsabilidades diarias. La ansiedad patológica interfiere de manera significativa en la funcionalidad del individuo y, si no se aborda adecuadamente, puede derivar en trastornos de ansiedad que requieren intervención profesional.

3.3.4. Niveles de ansiedad

De acuerdo con Spielberger (1970), los niveles de ansiedad, tanto en términos de ansiedad estado como de ansiedad rasgo, se clasifican en tres categorías: nivel bajo, nivel medio y nivel alto. Cada uno de estos niveles describe diferentes formas en que una persona puede experimentar y manejar la ansiedad en situaciones específicas o cotidianas.

Nivel bajo de ansiedad:

Ansiedad estado: En este nivel, la persona experimenta poca o nula tensión o nerviosismo ante una situación específica, como, por ejemplo, antes de un examen o durante una entrevista importante. Aunque la situación puede ser estresante para otros, la persona con baja ansiedad estado logra mantener la calma, enfocarse y responder adecuadamente. Su capacidad de concentración y toma de decisiones no se ve afectada, ya que la reacción emocional es mínima. Este nivel puede ser ventajoso en situaciones donde el estrés podría obstaculizar el rendimiento, permitiendo a la persona actuar con claridad y sin distracciones emocionales.

Ansiedad rasgo: En cuanto a la ansiedad rasgo, esta se refiere a la tendencia general de una persona a experimentar ansiedad, aquellos con un nivel bajo tienden a percibir pocas situaciones como amenazantes. Estos individuos son menos propensos a sentirse ansiosos en su vida diaria, incluso frente a retos o cambios inesperados. Se caracterizan por su capacidad de mantener la calma y reaccionar de manera más controlada ante las incertidumbres. Este tipo de personas generalmente mantienen una actitud equilibrada y no suelen verse abrumadas por preocupaciones excesivas o anticipatorias.

Nivel medio de ansiedad:

Ansiedad estado: En este nivel intermedio, la persona presenta una respuesta moderada de ansiedad ante situaciones estresantes. Por ejemplo, puede sentir una aceleración del ritmo cardíaco o sudoración ante un desafío, pero estas reacciones emocionales no son lo suficientemente intensas como para interrumpir su rendimiento. La persona suele ser capaz de manejar sus emociones de manera efectiva, manteniendo un control razonable sobre sus reacciones. Aunque se sienta inquieta, es capaz de regular sus emociones y continuar funcionando de manera adecuada en la situación, este nivel puede ser beneficioso en

situaciones que requieren cierto nivel de activación o alerta, ya que la ansiedad moderada puede servir como motivadora para realizar acciones necesarias.

Ansiedad rasgo: En el nivel medio de ansiedad rasgo, la persona puede experimentar ansiedad en una variedad de situaciones, pero generalmente no de manera incapacitante o extrema. Es decir, aunque pueda haber momentos en los que se sienta preocupada o tensa, estas emociones no suelen tomar el control total de su conducta ni afectar gravemente su bienestar. Las personas con este tipo de rasgo pueden manejarse bien en situaciones cotidianas, aunque es probable que experimenten más desafíos en situaciones novedosas o de alta presión. La respuesta de ansiedad es presente, pero no tan abrumadora que impida la resolución efectiva de los problemas.

Nivel alto de ansiedad:

Ansiedad estado: En este nivel, la persona experimenta una respuesta intensa de ansiedad ante situaciones que percibe como altamente estresantes o desafiantes. Los síntomas pueden incluir un aumento significativo del ritmo cardíaco, sudoración, temblores, o una sensación de pánico o miedo que puede ser difícil de controlar. Estos síntomas pueden interferir con la capacidad de la persona para pensar con claridad, tomar decisiones racionales y actuar de manera efectiva, lo que a menudo repercute en su desempeño tanto a corto como a largo plazo. Las personas con alto nivel de ansiedad estado pueden sentirse abrumadas por situaciones que otros manejarían sin dificultad, lo que afecta su funcionamiento diario y puede generar evitación o aislamiento.

Ansiedad rasgo: Las personas con alta ansiedad rasgo, tienden a experimentar ansiedad con mayor frecuencia y en más situaciones, lo que significa que están predispuestas a sentir tensión y preocupación incluso en contextos donde otros no percibirían una amenaza significativa. Por ejemplo, situaciones comunes como hablar en público, enfrentar cambios en el trabajo o incluso salir de casa pueden desencadenar altos niveles de ansiedad. Estas personas suelen tener un sesgo hacia la sobrevaloración del riesgo y una percepción de amenaza en circunstancias que podrían considerarse normales o seguras. Como resultado, la alta ansiedad rasgo puede afectar de manera constante el bienestar emocional y la calidad de

vida, haciéndoles más vulnerables a trastornos relacionados con la ansiedad crónica o generalizada.

3.4. DEPRESIÓN

Analizar la depresión en mujeres con fibromialgia puede ser significativo, ya que la coexistencia de ambas condiciones podría intensificar el impacto negativo en su bienestar general. La depresión, vinculada a la sensación de desesperanza y la falta de motivación, podría influir en la forma en que las mujeres afrontan el dolor crónico y las limitaciones físicas que conlleva la fibromialgia. Esta relación podría ofrecer información valiosa para diseñar intervenciones terapéuticas que consideren tanto el estado emocional como los síntomas físicos, con el fin de mejorar el tratamiento y la calidad de vida. La fibromialgia, caracterizada por dolor crónico y fatiga, podría afectar el bienestar emocional y la calidad de vida, lo que podría estar relacionado con sentimientos de desesperanza o tristeza prolongada.

Es importante mencionar que Beck, uno de los pioneros en el campo del estudio de la depresión, la define como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”*. Hay que mencionar que para Beck lo más característico del trastorno depresivo es la denominada triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro. (Beck, 1983).

3.4.1. Dimensiones de la depresión de acuerdo a Beck

Según Beck (2010, citado en Barreda, 2019), la depresión puede medirse a través de tres dimensiones clave que ayudan a comprender mejor los síntomas experimentados por quienes padecen esta condición:

Dimensión cognitiva: Esta dimensión se centra en los pensamientos y creencias que experimenta una persona deprimida. Los síntomas más comunes incluyen la tristeza profunda, que puede manifestarse como una sensación de desesperanza constante, y el pesimismo, que hace que la persona vea el futuro de manera negativa o fatalista. Además, puede haber pensamientos suicidas recurrentes, los cuales reflejan una desesperanza extrema.

La desvalorización personal es otro síntoma clave, donde el individuo siente que no tiene valor, que es inadecuado o insuficiente, lo que perpetúa una visión distorsionada de sí mismo y del mundo. Esta dimensión es fundamental porque refleja cómo la depresión afecta la manera en que una persona procesa la información y percibe la realidad, alterando su autopercepción y su visión del futuro.

Dimensión física – conductual: Esta dimensión abarca tanto los síntomas físicos de la depresión como los cambios en el comportamiento del individuo. Entre los síntomas más notables se encuentran la indecisión y la falta de energía para tomar decisiones, lo que puede generar una parálisis en la capacidad de acción del individuo. La autocrítica excesiva es común, donde la persona constantemente se culpa por errores reales o imaginarios, lo que a su vez alimenta un profundo sentimiento de culpa y fracaso. La insatisfacción con uno mismo y el sentimiento de castigo también son frecuentes, llevando a una visión negativa de la propia identidad. En cuanto a los aspectos conductuales, es común que la persona pierda el interés en actividades que antes le resultaban placenteras, como los hobbies o el contacto social, lo que genera un aislamiento progresivo. El llanto frecuente también es un síntoma típico, como una expresión de la profunda angustia emocional que experimenta el individuo.

Dimensión afectivo – emocional: Esta dimensión se refiere a los cambios emocionales y afectivos que acompañan a la depresión. Las personas que la padecen suelen experimentar agitación, un estado constante de inquietud que puede ir acompañado de irritabilidad. La pérdida de interés en actividades que antes generaban satisfacción o placer es otro síntoma clave, así como la pérdida de energía, lo que puede hacer que tareas simples parezcan insuperables. Los cambios en los hábitos de sueño, como insomnio o hipersomnia, también son comunes, al igual que los cambios en el apetito, que pueden llevar a la pérdida o el aumento de peso. La dificultad para concentrarse es otro síntoma importante, afectando la capacidad del individuo para cumplir con responsabilidades laborales o académicas. Además, el cansancio persistente, que no se alivia con el descanso, y la pérdida de interés en la actividad sexual también son parte de esta dimensión, evidenciando el impacto que la depresión tiene en la vida cotidiana y en las relaciones interpersonales del individuo.

3.5. Fibromialgia, calidad de vida, ansiedad y depresión

La fibromialgia se encuentra íntimamente relacionada con la calidad de vida de la persona que la padece, es frecuente, desgastante física y psicológicamente, además de costosa, y sus múltiples factores etiológicos alteran significativamente la calidad de vida del paciente afectado. La fibromialgia no está considerada una enfermedad altamente discapacitante pero las evidencias clínicas muestran su alta tendencia a provocar inhabilidad con alto grado de ausentismo laboral y cambios frecuentes de puestos de trabajo pudiendo llegar a limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Algunos la apodan “invalidez invisible” pues aun cuando no deforma ni amenaza la vida del paciente, sí afecta considerablemente su calidad de vida. El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida. Por ello, el objetivo primordial de su estimación consiste en proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria (Cisneros et.al., 2007).

Respecto a la depresión y la ansiedad, como ya se sabe, son patologías con una alta prevalencia en la actualidad, en cuya etiología influyen tanto factores endógenos como exógenos, entre los que cabe destacar una sociedad cada vez más exigente en el terreno personal, la actividad laboral estresante, la situación económica, etc. En la población normal existe una alta prevalencia de estas patologías, pero se ha descrito una mayor asociación con la fibromialgia que es una enfermedad que cursa con dolor crónico, de difícil tratamiento, que está estrechamente relacionada con trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión. Los mecanismos fisiopatogénicos de dicha asociación no son bien conocidos, pero se han realizado numerosos estudios en los que se intenta explicarlos.

Cabe mencionar que estas patologías que, al asociarse con esta enfermedad, la agravan y cronifican su curso de una forma irremediable. La ansiedad es una respuesta patológica del ser humano ante ciertas situaciones de la vida cotidiana en forma de estrés, conllevando una sensación de malestar e inquietud que se generaliza a su actividad diaria y que empeora la condición dolorosa. La depresión es un estado de ánimo negativo, que hace que el paciente pierda la capacidad y el deseo de enfrentarse ante cualquier situación y ante la vida cotidiana,

por lo que empeora de una forma intensa su condición dolorosa. Dichas patologías se asocian en gran medida con la fibromialgia (Revuelta, Segura y Paulino, 2010).

3.6. Investigaciones relacionadas a la temática

Oteo en la gestión 2010, realizó la investigación: *“Estudio sobre los aspectos psicológicos de la fibromialgia en mujeres”* donde pudo hacer un abordaje psicológico relacionado a esta problemática. Cabe mencionar que en este estudio, se trabajó con 37 mujeres con fibromialgia, donde los resultados informaron sobre las mujeres con fibromialgia quienes manifestaron haber experimentado significativamente mayor cantidad de estresores e impacto percibido en relación a los mismos; en los 10 últimos años de su vida, el grupo de estudio manifiesta mayor intensidad dolorosa y limitaciones funcionales, además las mujeres con fibromialgia son más inestables emocionalmente que otras mujeres, también informaron haber experimentado significativamente mayor cantidad de manifestaciones de malestar psicológico, y un mayor nivel de intensidad de este malestar en los últimos 7 días, en relación a los otros dos grupos de mujeres (Oteo, 2010).

Sempere en el año 2019, realizó un trabajo titulado *“Caracterización de la capacidad funcional y de la calidad de vida en mujeres con fibromialgia”*. En el que se encontró la alteración de diferentes componentes biomecánicos, además de la ansiedad autoinducida y el umbral de dolor, con el reto de determinar aquellas condiciones psicomotoras que influyen en la calidad de vida de estas personas. Esta investigación sugiere que se siga investigando, con la finalidad de conseguir alcanzar un conocimiento adecuado sobre este síndrome, que sea susceptible de permitir un abordaje terapéutico más eficaz, para poder llevar a cabo tratamientos de fisioterapia con una mejor atención (Sempere, 2019).

En el mismo año, De León hizo un trabajo titulado; *“Ansiedad, depresión, afrontamiento e impacto de la fibromialgia”*. Cabe referir que en esta investigación la muestra fue por conveniencia, participaron 102 mujeres mayores de edad con fibromialgia avalada por un reumatólogo. Además, se utilizó el Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico revisado (CAD-R), el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y datos sociodemográficos. De acuerdo a los hallazgos, se reportó que las mujeres con fibromialgia prefieren afrontar el dolor crónico mediante la autoafirmación y la distracción. Así mismo se reportan mayores niveles de

depresión, ansiedad en impacto de la fibromialgia en pacientes nacionales que en estudios de otros países

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

IV.DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Área a la cual pertenece la investigación

La presente investigación se enmarca dentro del área de la **Psicología Clínica**, pues se realizó una evaluación de variables psicológicas como la calidad de vida, ansiedad y el nivel de depresión en mujeres que presentan Fibromialgia, es decir, se hizo una descripción de aspectos relacionados a la salud mental de las mujeres.

Hay que entender que la Psicología Clínica es definida por Ruiz (2012) como *“una especialidad de la Psicología que se ocupa del comportamiento y los fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud enfermedad de los seres humanos”*.

4.2. Tipificación de la investigación

El presente trabajo de investigación según sus pretensiones y sus características, se tipifica de la siguiente manera:

Según el propósito se trata de una investigación **teórica**, ya que de acuerdo a los objetivos que se tuvo, el fin fue aportar con información actualizada sobre la calidad de vida, ansiedad y depresión en mujeres que tienen fibromialgia. Esta información teórica sirve como base para la solución práctica del problema como así también sirve como antecedente investigativo para la realización de futuros trabajos de investigación. Burgos (2017) indica que este tipo de trabajos *“ayudan a obtener un mejor conocimiento de los fenómenos naturales, este tipo de investigaciones involucra el proceso de recolectar y analizar información para desarrollar y mejorar la teoría”* (p.3).

Asimismo, según el resultado, este es un trabajo **descriptivo**, puesto que lo principal fue identificar las características de un determinado fenómeno, en este caso en particular, son las variables psicológicas mencionadas anteriormente. Respecto a estas investigaciones, Hernández, Fernández y Baptista (2014) sostienen que *“con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”* (p.92).

Considerando el método de investigación, esta se tipifica como **cuantitativa**, ya que usó instrumentos de evaluación con naturaleza numérica, además la presentación de cada uno de los resultados se lo realizó mediante el uso de la estadística descriptiva, mostrando los datos en frecuencias y porcentajes que permitieron el rechazo o la aceptación de las hipótesis que fueron planteadas. De acuerdo a estos estudios, Ibidem (2014) refieren que en estos estudios se *“utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”* (p.4).

Ahora bien, según el tiempo de estudio, se trata de un estudio **transversal**, ya que es una investigación cuyo proceso de recojo de datos se dio de manera simultánea y relativamente en un tiempo breve. Haciendo énfasis en los trabajos transversales, Ibidem (2014) refieren que *“su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede”* (p.154).

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población se encuentra constituida por todas las mujeres que presentan Fibromialgia a nivel nacional, al tratarse de una condición que no es muy común, no se tienen registros de las cantidades exactas de personas que viven con esta condición. Los únicos datos disponibles son del Comité Nacional de las Personas con Discapacidad (Conalpedis) que indica que, en el año 2018, el 3% de la población boliviana padecía esta condición, con predominio femenino, también sostienen que es común en un 90% en mujeres, entre 20 y 50 años. De igual forma, se encuentra el dato de Mendoza, Bonilla y Osorio, que ya en el año (2023) en América Latina, los estudios reportan una variación del 0,5% al 7,3%, siendo en Bolivia un 0,4% a nivel Latinoamérica. Además, a nivel nacional solamente existe la fundación “Abrazos de Algodón”, la cual es una fundación sin fines de lucro para apoyar a las personas con fibromialgia.

4.3.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por todas las mujeres con fibromialgia que desearon participar y que además son miembros de la fundación “Abrazos de Algodón”, se tuvo como cantidad exacta a 65 mujeres, de esta manera el muestreo se tipifica como no probabilístico. Además,

cabe referir que se implementó la técnica de bola de nieve, que permitió completar la evaluación de todos los casos disponibles.

Se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años de edad, aunque las mujeres de la fundación tuvieron de 28 años en adelante.
- Mujeres que vivan en alguno de los departamentos de Bolivia.
- Mujeres que cuenten con diagnóstico médico de Fibromialgia.

De igual manera se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Mujeres que no deseen participar en la investigación.
- Mujeres que no cuenten con el diagnóstico médico de fibromialgia

4.4. Métodos, técnicas e instrumentos

4.4.1. Métodos

En la presente investigación se tomaron en cuenta fundamentalmente los siguientes métodos:

Método teórico: En el presente estudio, se emplearon distintos métodos como el analítico, el deductivo, el hipotético deductivo, sintético e inductivo. Los mismos que contribuyen al desarrollo de las diferentes facetas de la investigación tales como, la revisión de bibliografía, análisis e interpretación, como así también en la formulación de las conclusiones. Para Ramírez y Zwerg (2012) *“el método teórico se refiere a un conjunto de procedimientos y principios que permiten analizar fenómenos y generar conocimientos a partir de la reflexión conceptual, sin recurrir a la experimentación directa. Este método se basa en el uso de teorías, modelos y abstracciones para explicar, interpretar y predecir hechos, y es fundamental en disciplinas como las ciencias sociales y las humanidades”* (p.2).

Método Empírico: En este método se encuentra la aplicación de los test psicométricos, teniendo como finalidad el recabar información de manera directa, en un tiempo relativamente corto sobre la calidad de vida, ansiedad y nivel de depresión. Según Bhattacharjee (2012) *“este método es característico en ciencias naturales y sociales, donde se aplica en experimentos controlados o estudios de campo, basando sus conclusiones en evidencias objetivas. El empirismo, por tanto, está orientado a construir conocimiento*

mediante la observación repetida y la recolección de datos empíricos, asegurando que los resultados puedan ser verificados por otros investigadores” (p.3).

Método Estadístico: Este método fue utilizado en la organización y análisis de los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación de los instrumentos, los resultados fueron tabulados y organizados, ayudando así a responder a todos los objetivos previamente planteados. De acuerdo a Moore et.al., (2021) *“el método estadístico es un conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para recolectar, analizar e interpretar datos con el fin de tomar decisiones informadas o hacer predicciones. Este método abarca diversas etapas, como la recolección de datos, el análisis descriptivo y la inferencia estadística, y se aplica en diversas disciplinas para resolver problemas y obtener conclusiones basadas en datos” (p.2).*

4.4.2. Técnicas

- En este trabajo de investigación, se empleó la técnica de los *test psicométricos*, ya que cada instrumento que fue seleccionado cuenta con esta naturaleza, es decir, fueron elaborados bajo criterios estadísticos y además son instrumentos que cuentan con escalas de respuesta y general, con características numéricas.

4.4.3. Instrumentos

Cada uno de los instrumentos que se utilizaron en la investigación son presentados a continuación dentro de un cuadro resumen de acuerdo a las variables que se pretenden medir:

Cuadro resumen de las variables e instrumentos

Variable	Instrumentos
Calidad de vida	Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
Ansiedad Estado - Rasgo	Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI) de Spielberger
Depresión	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

“ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF”

Objetivo: Evaluar el nivel de calidad de vida de personas mayores de 18 años.

Autor: Organización Mundial de la Salud

Versión y año: El año de elaboración fue en 1994.

Técnica: Test psicométrico (escala)

Breve historia de creación y baremación del test:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es precursora del instrumento de calidad de vida: World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) desarrollado en el año 1994, comenzó su desarrollo tras la campaña “salud para todos”, se caracteriza por ser uno de los instrumentos más completos, abarca muchos aspectos subjetivos de la calidad de vida y que se conoce por ser transcultural y estar disponible en más de 40 idiomas alrededor del mundo. Las preguntas que contiene el instrumento WHOQOL fueron desarrolladas por parte de pacientes en contacto con los servicios sanitarios, el propio personal sanitario y personas en población general. Las preguntas son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las dos versiones son validadas en español que evalúan la calidad de vida global y salud general: el WHOQOL-100 comprendida de 100 ítems, y la versión abreviada WHOQOL-BREF por 26 ítems con la diferencia que ésta es aplicable en ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y cuando se considere medidas breves.

Validez y confiabilidad:

La escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, es totalmente creada y validada por la Organización Mundial de la Salud quien diseñó un instrumento universal, siendo aplicable a población con y sin condiciones de salud, tiene como objetivo evaluar la calidad de vida ante cambios posibles por una enfermedad, con el fin de determinar el pronóstico de la enfermedad y valorar intervenciones.

Se ha demostrado que los ítems de la WHOQOL-BREF cubren adecuadamente las dimensiones teóricas del concepto de calidad de vida, basadas en la conceptualización original del WHOQOL. Los coeficientes alfa de Cronbach para las subescalas de la WHOQOL-BREF suelen ser altos, generalmente en el rango de 0.70 a 0.90, indicando una buena consistencia interna. La escala WHOQOL-BREF ha sido adaptada y validada en múltiples idiomas y culturas, lo que refuerza su utilidad en diversos contextos internacionales. Estas adaptaciones han demostrado que la escala mantiene su validez y confiabilidad en diferentes grupos poblacionales. Estos aspectos respaldan la eficacia de la

WHOQOL-BREF como herramienta sólida y confiable para medir la calidad de vida en distintas poblaciones.

Materiales:

La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems), produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. El cuestionario debe ser autoadministrado, cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud, puede ser entrevistada.

El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea, es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

Tipo y tiempo de aplicación promedio:

Cabe mencionar que este instrumento se aplica de manera individual como colectiva, aunque siempre se recomienda que se haga una aplicación individualizada. El tiempo de aplicación puede variar de persona en persona, aunque el tiempo promedio suele ser de 15 minutos aproximadamente.

Escala de presentación de los resultados:

Calidad de vida	Puntaje
-Baja	(0 a 44 puntos)
-Media baja	(45 a 60 puntos)
-Media	(61 a 80 puntos)
-Media alta	(81 a 90 puntos)
-Alta	(91 o más)

“STAI, CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO”

Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad como estado y como rasgo en personas a partir de los 12 años.

Autor: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.

Versión y año: 1970

Técnica: Test psicométrico (cuestionario)

Breve historia de creación y baremación del test:

El Cuestionario STAI (State-Trait Anxiety Inventory) fue creado en 1970 para evaluar dos dimensiones de la ansiedad: el estado (ansiedad estatal) y el rasgo (ansiedad rasgo). La idea surgió de la necesidad de una herramienta que diferenciara la ansiedad experimentada en un momento específico y la tendencia general a experimentar ansiedad.

La baremación original se realizó con muestras estadounidenses y se ha ajustado en diferentes contextos culturales y poblacionales a lo largo de los años para asegurar su validez y fiabilidad en diversas situaciones. Las versiones en otros idiomas y las actualizaciones del baremo han sido adaptadas para mantener la precisión en la evaluación de la ansiedad en distintos grupos.

Validez y confiabilidad:

Cabe mencionar que el coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre 0.83 y 0.92, en la muestra española los índices KR20 para A/E oscilan entre 0.90 y 0.93 y en A/R entre 0.84 y 0.87. La fiabilidad test-retest se obtuvo en un subgrupo de sujetos normales con diferentes intervalos. 1 hora, 20 días y 104 días. La validez del STAI se basa en que el evaluado entienda claramente las instrucciones referentes al Estado y reflejen sus impresiones sobre lo que siente “en ese momento”, mientras que la parte de Rasgo anote lo que siente “en general”.

Materiales:

Es importante mencionar que el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, consta de 40 ítems, que examina 2 factores que se describen a continuación:

- 1) Estado (20 ítems) ítem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20.
- 2) Rasgo. (20 ítems) ítem 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40.

Tipo y tiempo de aplicación promedio:

La administración puede ser de forma individual o colectiva, la aplicación dura aproximadamente 15 minutos, puede ser aplicado a adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario, la

corrección es muy sencilla y puede ser realizada por cualquier persona experimentada, mediante la plantilla del test.

Hay que referir que respecto a la forma de corrección hay que indicar que las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos, la corrección de ambas escalas, tanto la de estado como la de rasgo se las efectúa con la respectiva plantilla de respuestas, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del ejemplar. De igual manera, se puede realizar la corrección directamente, pues obtener la puntuación positiva de ansiedad de cada escala, se han de sumar las respuestas a los ítems correspondientes.

Escala de presentación de los resultados:

Una vez realizada la sumatoria de los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones de la ansiedad, se procede a ubicar dichos puntajes brutos dentro de los rangos percentilares, obteniendo de esta forma el grado de ansiedad rasgo y estado que tiene la persona:

Grado de ansiedad	Puntaje (percentiles)
Alto	77-79
Medio	25-75
Bajo	1-23

“INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)”

Objetivo: El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión en personas mayores a 13 años de edad.

Autor: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J. Autor de la adaptación española (BDI-II); Jesús Sanz, Antonio Luis Perdigón y Carmelo Vázquez.

Versión y año: 1996

Técnica: Test psicométrico (inventario)

Breve historia de creación y baremación del test:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por el psicólogo Aaron T. Beck en la década de 1960. Beck, un pionero en la terapia cognitiva, diseñó el BDI como una herramienta para medir la severidad de los síntomas depresivos en pacientes. El inventario se basa en la teoría cognitiva de la depresión, que sugiere que los pensamientos negativos y disfuncionales juegan un papel central en la enfermedad. Desde su publicación inicial, el BDI ha pasado por varias revisiones. La versión más reciente, el BDI-II, fue publicada en 1996 para alinearse mejor con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y para reflejar las actualizaciones en la conceptualización de la depresión

Validez y confiabilidad:

Para este test, se obtuvo una correlación test-retest muy elevada (0,93). Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del (BDI-II). En cuanto a la validez, las puntuaciones de la prueba presentaron una adecuada validez convergente: correlaciones superiores a 0.50.

Materiales:

El instrumento cuenta con 21 ítems, los cuales pueden ser respondidos de acuerdo a una escala numérica que va desde 0 a 3 puntos. Las dimensiones del inventario son las siguientes:

Cognitivo-Afectiva
Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, desvalorización, cambios en el apetito.
Somática
Agitación, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Tipo y tiempo de aplicación promedio:

La aplicación puede realizarse de dos maneras, la primera haciéndolo de manera directa con el individuo y la segunda forma de aplicación puede realizarse de manera colectiva. Es importante mencionar que el tiempo de aplicación puede ser entre 5 y 10 minutos.

De igual manera, cabe referir que los 21 ítems se puntúan de 0 a 3 puntos, una vez realizada la puntuación se procede a sumar cada uno de los ítems y la respectiva sumatoria se debe ubicar en la escala general. El inventario de depresión cuenta con una escala general de depresión, mas no así con escalas diferenciadas para cada una de sus dimensiones, Beck a lo largo de los años no brindó cortes o rangos para calificar la depresión por dimensiones, como así también, no hubo adaptaciones que las hayan propuesto.

Escala de presentación de los resultados:

Una vez sumados los 21 ítems del inventario, para encontrar el nivel general de depresión, se procede a utilizar la siguiente escala o rangos:

Puntaje	Nivel de depresión
0 a 13 puntos	No depresión
De 14 a 19 puntos	Depresión leve
De 20 a 28 puntos	Depresión moderada
De 29 a 63 puntos	Depresión grave

4.5. Procedimiento

El presente trabajo de investigación para el cumplimiento de sus objetivos, atravesó por las siguientes fases:

1.-Revisión bibliográfica

En esta primera fase se procedió a la revisión y búsqueda de información y teoría referida a la fibromialgia, calidad de vida, ansiedad y depresión que pueden presentar las mujeres que tienen esta condición. Es importante mencionar que estos datos ayudan a sustentar el trabajo de investigación y a la interpretación de los mismos en una etapa posterior.

2.- Selección de los instrumentos.

En esta segunda etapa del trabajo de investigación, se procedió con la selección de cada uno de los instrumentos psicométricos tomando en cuenta las variables a medir. Hay que referir también que, para la selección de todos los instrumentos, fueron considerados ciertos criterios

como la validez y fiabilidad, además se seleccionó instrumentos que fueran entendibles y que resulten una complicación para las personas que tengan que llenarlos.

3.- Prueba piloto.

En esta fase de la investigación se procedió con la aplicación inicial de cada uno de los instrumentos, con el objetivo de que los instrumentos sean los correctos para la población seleccionada y que la misma los entienda, es decir, las mujeres con Fibromialgia. Esta fase del trabajo permitió encontrar ítems que no fueran comprensibles, como así también permitió identificar que los instrumentos respondan a los objetivos que se plantearon.

4.- Recojo de la información.

En esta fase del trabajo de investigación, se procedió al contacto con cada una de las mujeres que presentan esta condición implementando la técnica de la bola de nieve. Es importante mencionar que se aplicaron los instrumentos respetando el tiempo y la disponibilidad de las mujeres. Los instrumentos que se aplicaron fueron los siguientes:

1. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
2. Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI) de Spielberger
3. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

5.- Procesamiento de la información.

Para el cumplimiento de esta fase se tabularon los datos obtenidos de los instrumentos aplicados. También es importante aclarar que para la sistematización se utilizó el programa estadístico SPSS, asimismo, después de la presentación de cada uno de los resultados, se procedió a realizar el respectivo análisis e interpretación en base a la teoría disponible.

6.- Redacción del informe final.

Una vez aplicada la batería de instrumentos, se procedió a presentar la información encontrada en un documento final, donde, además, se puedan ver las conclusiones y recomendaciones a las cuales la investigación llegó. De esta manera, fue entregado a las autoridades correspondientes en espera de poder defenderse.

4.6. Cronograma

La presente investigación se puso en marcha de acuerdo al siguiente cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	GESTIÓN 2023					GESTIÓN 2024									
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	
Revisión Bibliográfica	X	X	X												
Selección de los instrumentos			X	X	X										
Prueba Piloto						X									
Recojo de la información							X	X	X						
Procesamiento de la Información										X	X	X			
Redacción del informe final													X	X	

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

LOS RESULTADOS

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Dentro del presente capítulo de la investigación, se presentan todos los resultados obtenidos con la aplicación de cada uno de los instrumentos; en primera instancia, se puede observar la distribución de la población de acuerdo a la edad y el tiempo con fibromialgia. Posteriormente, se pueden ver los cuadros y gráficos referidos a la calidad de vida, ansiedad estado-rasgo y el nivel de depresión que presentan las mujeres con fibromialgia.

5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla N°1

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 28 a 38 años	11	16,9
De 39 a 49 años	28	43,1
De 50 a 63 años	26	40,0
Total	65	100,0

Tomando en cuenta la edad que tienen las mujeres con fibromialgia, se puede ver que el 43,1% tiene de 39 a 49 años de edad, seguido del 40,0% que tiene 50 a 63 años y finalmente, el 16,9% de las mujeres que tiene 28 a 38 años de edad.

Tabla N°2

Tiempo con fibromialgia

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
De 3 a 13 años	48	73,8
De 14 a 24 años	13	20,0
De 25 a 35 años	4	6,2
Total	65	100,0

El tiempo que las mujeres llevan con el diagnóstico de fibromialgia es importante para la investigación, por lo tanto, se pudo encontrar que el 73,8% tiene de 3 a 13 años, el 20,0% de 14 a 24 años y finalmente, el 6,2% de las mujeres tiene de 25 a 35 años con el diagnóstico de fibromialgia, siendo la población con mayor cantidad de tiempo bajo esta condición.

Tabla N°3

Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	23	35,4
En una relación	3	4,6
Concubina o casada	39	60,0
Total	65	100,0

De acuerdo a los datos sobre el estado civil de las mujeres con fibromialgia, se observa que el 60,0% es concubina o casada, el 35,4% se encuentra soltera y finalmente, el 4,6% que refiere encontrarse en una relación.

Tabla N°4

Grado académico

Grado académico	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	0	0,0
Primaria y secundaria	9	13,8
Superior o profesional	56	86,2
Total	65	100,0

Respecto al grado académico, se evidencia que el 86,2% de las mujeres con fibromialgia tienen estudios superiores o cuentan con alguna profesión, seguido del 13,8% que asistió a la primaria y secundaria.

Tabla N°5

Departamento

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
La Paz	19	29,2
Oruro	0	0,0
Potosí	0	0,0
Cochabamba	8	12,3
Chuquisaca	3	4,6
Tarija	9	13,8
Pando	0	0,0
Beni	3	4,6
Santa Cruz	23	35,4
Total	65	100,0

En relación al departamento del Bolivia en el que actualmente se encuentran las mujeres, se observa que el 35,4% se encuentra en Santa Cruz, el 29,2% está en La Paz, el 13,8% es de Tarija, el 12,3% es de Cochabamba y el 4,6% que respectivamente es de Beni y Chuquisaca.

5.2. CALIDAD DE VIDA

Según el primer objetivo; ***“Identificar el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia”***, se presentan los siguientes datos:

Tabla N°6

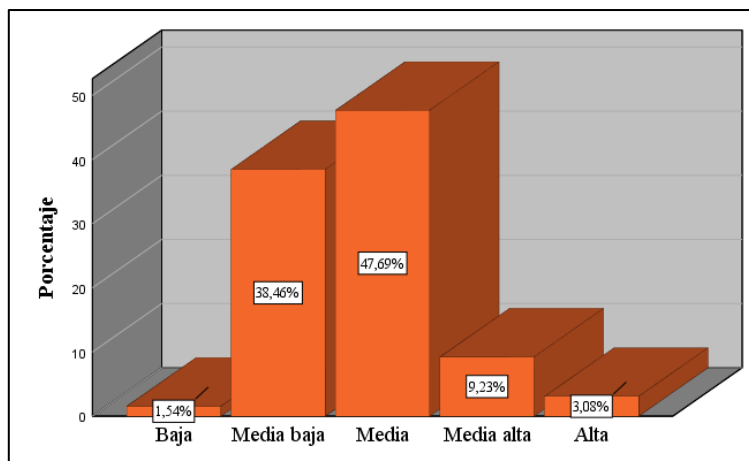
Calidad de vida

General			S. Física		S. Psicológica		Relaciones soc		Ambiente	
Nivel	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Baja	1	1,5	11	16,9	9	13,8	2	3,1	1	1,5
Media baja	25	38,5	25	38,5	20	30,8	25	38,5	23	35,4
Media	31	47,7	22	33,8	30	46,2	32	49,2	33	50,8
Media alta	6	9,2	5	7,7	5	7,7	4	6,2	5	7,7
Alta	2	3,1	2	3,1	1	1,5	2	3,1	3	4,6
Total	65	100,0	65	100,0	65	100,0	65	100,0	65	100,0

Nota: Elaboración propia. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

Figura N°1

Calidad de vida



Nota: Elaboración propia. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

Hay que empezar refiriendo a la calidad de vida, la misma que es definida como *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros”* (OMS, 1994).

De acuerdo a los datos más significativos, se puede ver que el 47,7% de las mujeres presentan una calidad de vida media, esto quiere decir que las mujeres tienen sus necesidades básicas cubiertas, como vivienda, alimentación, educación y salud, pero sin lujos o comodidades excepcionales. Los ingresos son suficientes para mantener un estilo de vida estable, con acceso a servicios públicos y sociales, aunque la calidad de estos servicios puede variar y no ser la más alta. También es importante mencionar que un nivel de calidad de vida medio, se caracteriza por una sensación de estabilidad y seguridad en la vida diaria, aunque sin grandes aspiraciones cumplidas o logros excepcionales. Las personas no pueden experimentar un sentido profundo de realización personal o bienestar total.

Ahora bien, al analizar todo el cuadro de manera general, se pueden ver que los demás puntajes indican una tendencia a presentar una calidad de vida que va desde media a media baja, por lo tanto, es importante prestarle la debida atención, ya que no es un resultado favorable.

Para autores como Sánchez (2021), en la actualidad hay un gran número de personas con fibromialgia que realizan una vida normal. Sin embargo, si la enfermedad tarda en diagnosticarse o no se realiza la intervención adecuada, la calidad de vida del paciente va disminuyendo poco a poco, afectándole considerablemente. Además, indica que la importancia de esta patología radica en que afecta a todos los ámbitos de la vida del paciente y éste puede llegar a desarrollar una discapacidad que incluso interfiera en su ámbito familiar o laboral.

Respecto a las dimensiones de la calidad de vida, se evidencia que en la mayoría hay una tendencia a presentar un nivel medio y medio bajo, no obstante, en las dimensiones de salud física y salud psicológica, hay una marcada tendencia hacia los niveles media baja y baja, lo cual muestra las consecuencias de la fibromialgia y como la misma puede hacer que la parte física de una persona pueda verse seriamente afectada más allá de las consecuencias a nivel

psicológico. Esto sugiere que estas áreas específicas son las más impactadas por la presencia de la fibromialgia. La condición no solo afecta significativamente el bienestar físico, debilitando las capacidades motoras, energéticas y funcionales de las personas, sino que también tiene repercusiones profundas en el bienestar psicológico, cabe mencionar que los niveles altos de dolor y malestar físico pueden generar estados de ánimo negativos lo que puede amplificar el deterioro de la calidad de vida.

Es importante mencionar que la calidad de vida de una persona con fibromialgia suele verse significativamente afectada debido al dolor crónico, la fatiga constante y los problemas de sueño que son característicos de esta condición. Las limitaciones físicas pueden llevar a un aislamiento social y a una disminución de la autoestima, lo que impacta negativamente en su bienestar general. Además, es necesario referir que la gestión del dolor y el apoyo emocional son cruciales para mejorar su calidad de vida.

Tabla N°7

Calidad de vida y edad

Nivel de calidad de vida		Edad			Total
		De 28 a 38 años	De 39 a 49 años	De 50 a 63 años	
Baja	Fr	0	1	0	1
	%	0,0%	3,6%	0,0%	1,5%
Media baja	Fr	4	11	10	25
	%	36,4%	39,3%	38,5%	38,5%
Media	Fr	4	12	15	31
	%	36,4%	42,9%	57,7%	47,7%
Media alta	Fr	3	2	1	6
	%	27,3%	7,1%	3,8%	9,2%
Alta	Fr	0	2	0	2
	%	0,0%	7,1%	0,0%	3,1%
Total	Fr	11	28	26	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

De acuerdo a los resultados de la calidad de vida en relación a la edad que tienen las mujeres se puede observar que el 36,4% de las mujeres de 28 a 38 años de edad tienden a presentar una calidad de vida que va desde media a media baja, a diferencia de las mujeres de las edades

mayores que se mantienen en un nivel medio más marcado. No obstante, también se nota que los puntajes se encuentran ciertamente dispersos, ya que un 27,3% de las mujeres de 28 a 38 años tienen una calidad de vida media alta.

Estas diferencias por una parte pueden entenderse, ya que las mujeres más jóvenes con fibromialgia a menudo pueden enfrentar desafíos únicos que pueden impactar su calidad de vida de manera significativa. A esta edad, las expectativas sociales y personales suelen incluir un alto nivel de actividad física, desarrollo profesional y vida social, lo cual puede verse drásticamente limitado por los síntomas de la fibromialgia, como el dolor crónico, la fatiga y los problemas de sueño, esta discrepancia entre las expectativas y la realidad puede generar frustración, ansiedad y sentimientos de aislamiento, afectando su bienestar emocional. Además, la falta de comprensión social sobre la enfermedad y la dificultad para recibir un diagnóstico temprano, pueden agravar el impacto psicológico, disminuyendo aún más su calidad de vida. Para Sánchez (2018), las mujeres más jóvenes pueden enfrentar desafíos significativos en áreas como la estabilidad económica, el desarrollo profesional y la presión social; la juventud suele estar marcada por la búsqueda de independencia financiera, el establecimiento de una carrera y la formación de relaciones interpersonales, lo que puede generar altos niveles de incertidumbre. Además, las jóvenes pueden enfrentar presiones para cumplir con expectativas sociales relacionadas con su apariencia física o el éxito profesional.

Por su parte, el hecho de que también las mujeres de esta edad, es decir, las más jóvenes tengan una calidad de vida media alta puede deberse a una mayor resiliencia física, lo que les puede permitir enfrentar mejor el dolor y la fatiga asociados con la enfermedad. Además, las mujeres más jóvenes pueden tener menos comorbilidades o condiciones de salud crónicas que agraven los síntomas de la fibromialgia, lo que les puede facilitar mantener un mejor estado general, sumado a mayores niveles de actividad física, lo que ayuda a reducir el impacto de la enfermedad.

Tabla N°8

Calidad de vida y tiempo con fibromialgia

Nivel de calidad de vida		Tiempo			Total
		De 3 a 13 años	De 14 a 24 años	De 25 a 35 años	
Baja	Fr	1	0	0	1
	%	2,1%	0,0%	0,0%	1,5%
Media baja	Fr	18	5	2	25
	%	37,5%	38,5%	50,0%	38,5%
Media	Fr	23	7	1	31
	%	47,9%	53,8%	25,0%	47,7%
Media alta	Fr	4	1	1	6
	%	8,3%	7,7%	25,0%	9,2%
Alta	Fr	2	0	0	2
	%	4,2%	0,0%	0,0%	3,1%
Total	Fr	48	13	4	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

De acuerdo a los resultados encontrados sobre el tiempo con fibromialgia y el nivel de calidad de vida se puede ver que el 47,9% de las mujeres que tienen de 3 a 13 años y el 53,8% de las que tienen 14 a 24 años tienden a presentar una calidad de vida media. A diferencia de las mujeres que tienen el diagnóstico de 25 a 35 años quienes presentan una calidad de vida media baja, denotando que mientras más años se tenga fibromialgia, la calidad de vida tiende a disminuir gradualmente.

En general, mientras más años se tenga fibromialgia, la calidad de vida de las mujeres puede disminuir debido al impacto acumulativo de los síntomas crónicos. El dolor persistente, la fatiga y otros síntomas pueden volverse más debilitantes con el tiempo, lo que lleva a una mayor limitación en la actividad física, la participación social y la capacidad para trabajar. Además, hay que mencionar que la frustración y el agotamiento emocional pueden aumentar con los años, especialmente si las estrategias de manejo no son efectivas. La sensación de pérdida de control sobre la propia vida y el desgaste psicológico debido a la falta de mejoría pueden contribuir a un deterioro en el bienestar general, lo que reduce aún más la calidad de vida conforme van pasando los años. De acuerdo a lo que sostiene Castaño (2015), la

fibromialgia puede afectar la calidad de vida con el pasar del tiempo, ya que la condición suele provocar dolor crónico, fatiga y problemas de sueño, lo que puede influir en la capacidad para realizar actividades diarias y mantener un estilo de vida activo. También refiere que el manejo adecuado de la enfermedad, que puede incluir medicamentos, terapia física, y cambios en el estilo de vida, puede ayudar a mejorar la calidad de vida y controlar los síntomas a lo largo de los años.

Tabla N°9

Calidad de vida y estado civil

Nivel de calidad de vida		Estado civil			Total
		Soltera	En una relación	Concubina o casada	
Baja	Fr	0	1	0	1
	%	0,0%	33,3%	0,0%	1,5%
Media baja	Fr	11	1	13	25
	%	47,8%	33,3%	33,3%	38,5%
Media	Fr	10	1	20	31
	%	43,5%	33,3%	51,3%	47,7%
Media alta	Fr	2	0	4	6
	%	8,7%	0,0%	10,3%	9,2%
Alta	Fr	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	5,1%	3,1%
Total	Fr	23	3	39	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

En relación a los datos de la calidad de vida y estado civil, se evidencia que el 47,8% de las mujeres solteras a la vez tienen una calidad de vida media baja a diferencia de las que tienen una relación o se encuentran casadas, quienes en mayores porcentajes presentan una calidad de vida media. De esta forma las mujeres que se encuentran en una relación o dentro de un concubinato, presentan un mejor nivel de calidad de vida.

La percepción de que las mujeres solteras pueden tener una menor calidad de vida en comparación con aquellas que están casadas está influenciada por varios factores, aunque no es una realidad universal. En muchas sociedades, persisten normas y expectativas culturales que valoran el matrimonio como un logro o un indicador de éxito personal, lo que puede generar una presión social considerable sobre las mujeres para que se casen. Esta presión puede llevar a que las mujeres solteras se sientan juzgadas o incompletas, lo que puede afectar su autoestima y bienestar emocional. Además, la estabilidad financiera es otro aspecto importante, en algunas culturas, las mujeres casadas pueden tener mayor acceso a recursos económicos debido al ingreso compartido o al apoyo económico de su pareja, lo que puede traducirse en una mejor calidad de vida, mientras que las mujeres solteras, especialmente en

contextos donde existe una brecha salarial significativa, podrían enfrentar más desafíos económicos.

También se argumenta que el matrimonio puede proporcionar un sistema de apoyo emocional y social que mejora el bienestar, ya que la compañía de una pareja puede mitigar la soledad y ofrecer un sentido de seguridad. Asimismo, el matrimonio puede permitir una distribución de las responsabilidades cotidianas, reduciendo el estrés que muchas mujeres solteras enfrentan al tener que manejar todos los aspectos de su vida por sí mismas. Sin embargo, es crucial tener en cuenta que estas dinámicas varían según el contexto personal y que muchas mujeres solteras experimentan una alta calidad de vida, plena y satisfactoria, especialmente cuando cuentan con redes de apoyo, independencia económica y un sentido de realización personal.

5.3. ANSIEDAD

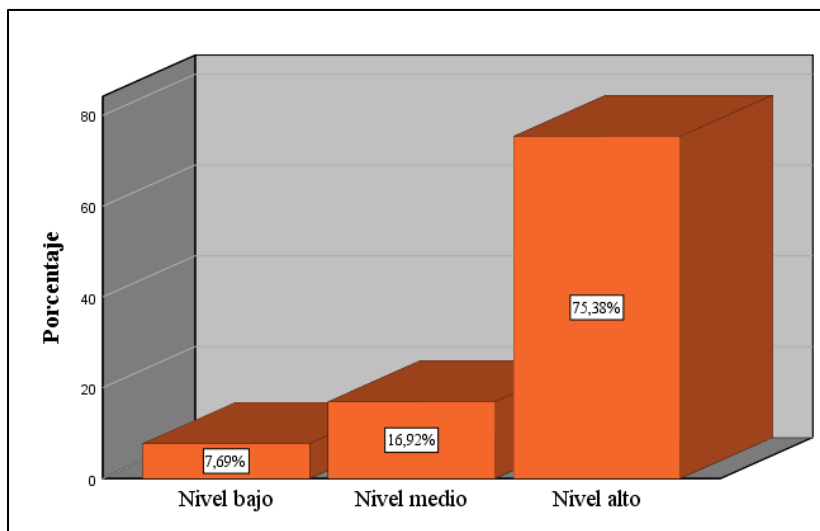
Considerando al segundo objetivo planteado; ***“Describir el nivel de ansiedad estado-rasgo que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia”***, se presentan los siguientes datos:

Tabla N°10
Ansiedad estado y rasgo

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	5	7,7
Nivel medio	11	16,9
Nivel alto	49	75,4
Total	65	100,0
Rasgo	Frecuencia	Porcentaje
Nivel bajo	6	9,2
Nivel medio	14	21,5
Nivel alto	45	69,2
Total	65	100,0

Nota: Elaboración propia. Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI)

Figura n°2
Ansiedad estado



Nota: Elaboración propia. Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI)

Sobre la ansiedad, hay que empezar haciendo referencia a la definición de la misma, la cual indica que la ansiedad es *“un estado emocional desagradable, caracterizado por*

sentimientos subjetivos de tensión, o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo, se considera y define mejor la ansiedad teniendo en cuenta la diferencia de rasgo de personalidad y estado emocional en la ansiedad” (Spielberger, 1970).

Tomando en cuenta a la ansiedad estado, se puede ver que el 75,4% de las mujeres con fibromialgia tienen un nivel alto, lo cual significa que puede haber una sensación intensa y constante de tensión, inquietud y preocupación, que puede agravar los síntomas físicos de la enfermedad, como el dolor y la fatiga. Hay que mencionar que esta ansiedad elevada puede manifestarse en dificultad para concentrarse, irritabilidad, insomnio y una sensación persistente de estar abrumada. Además, la incertidumbre sobre la evolución de la fibromialgia y la preocupación por no poder manejar las tareas diarias o mantener relaciones sociales y laborales pueden intensificar este estado de ansiedad, generando un ciclo en el que la ansiedad y el dolor se retroalimentan. Para autores como Vidal (2017), en el dolor crónico de la fibromialgia, la ansiedad es de los factores emocionales más habituales, esta relación se explica por el hecho de que estas personas suelen centrar su atención en las sensaciones dolorosas, provocando que éste se mantenga o aumente.

Por su parte, sobre la ansiedad rasgo se puede observar que el 69,2% de las mujeres con fibromialgia presentan un nivel alto, esto quiere decir que hay una fuerte predisposición constante a sentir ansiedad, independientemente de las circunstancias específicas. Estas mujeres suelen experimentar una tendencia generalizada a preocuparse y a anticipar peligros o dificultades. Es importante mencionar que esta disposición ansiosa puede exacerbar los síntomas de la fibromialgia, como el dolor crónico y la fatiga, debido a la tensión constante que experimentan.

Por su parte, Revuelta, Segura y Paulino (2010) sostienen que estas patologías como la ansiedad que, al asociarse con esta enfermedad, la agravan y cronifican su curso de una forma irremediable. La ansiedad entendida como una respuesta patológica del ser humano ante ciertas situaciones de la vida cotidiana en forma de estrés, conllevando a una sensación de malestar e inquietud que se generaliza en su actividad diaria y que empeora la condición dolorosa causada por la fibromialgia.

Para terminar, hay que referir que, de manera general, se ha podido ver que la ansiedad tanto rasgo como estado, se encuentran en un nivel alto, resultando algo negativo para las mujeres

y su bienestar, más aun considerando los efectos negativos que tiene la ansiedad en el funcionamiento normal de una persona.

A continuación, se presentan los cuadros referidos a la ansiedad estado en relación a las variables sociodemográficas, cabe mencionar que se optó por la ansiedad estado debido a que este tipo de ansiedad es más relevante para evaluar que la ansiedad rasgo porque la ansiedad estado mide la ansiedad momentánea, que está directamente influenciada por las circunstancias inmediatas, como el dolor y el malestar físico, que son fluctuantes en esta condición. Hay que recordar que la fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor generalizado, fatiga y problemas de sueño, y estos síntomas pueden desencadenar niveles altos de ansiedad en situaciones particulares. Por otro lado, la ansiedad rasgo se refiere a una predisposición más estable a experimentar ansiedad a lo largo del tiempo, independientemente de la situación específica. Si bien también es importante, la ansiedad estado captura mejor cómo las mujeres con fibromialgia pueden responder emocionalmente a su experiencia diaria de dolor y malestar.

Tabla N°11

Ansiedad estado y edad

Nivel de ansiedad		Edad			Total
		De 28 a 38 años	De 39 a 49 años	De 50 a 63 años	
Nivel bajo	Fr	1	4	0	5
	%	9,1%	14,3%	0,0%	7,7%
Nivel medio	Fr	1	5	5	11
	%	9,1%	17,9%	19,2%	16,9%
Nivel alto	Fr	9	19	21	49
	%	81,8%	67,9%	80,8%	75,4%
Total	Fr	11	28	26	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI)

De acuerdo a los datos encontrados sobre el nivel de ansiedad y la edad que tienen las mujeres, no se pudieron encontrar diferencias marcadas, ya que en todos los rangos de edad propuestos hay una tendencia pronunciada a presentar niveles altos de ansiedad.

De esta manera, las mujeres con fibromialgia, independientemente de su edad, suelen presentar altos niveles de ansiedad. La naturaleza crónica y a menudo impredecible de la fibromialgia, caracterizada por dolor persistente, fatiga y otros síntomas, contribuye significativamente a esta ansiedad. La incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, el impacto en la vida diaria y las dificultades para obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado, pueden generar una ansiedad constante. Según Montoya (2016) la fibromialgia puede generar ansiedad, dolor crónico, fatiga y dificultad para dormir, contribuyendo a una sensación general de malestar y preocupación, lo que puede desencadenar o agravar la ansiedad. Además, la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad y los desafíos para gestionar los síntomas también pueden contribuir a la ansiedad, por ello, es importante abordar la ansiedad como parte del manejo integral de la fibromialgia, a menudo con el apoyo de profesionales de la salud mental.

Tabla N°12

Ansiedad estado y tiempo con fibromialgia

Nivel de ansiedad		Tiempo			Total
		De 3 a 13 años	De 14 a 24 años	De 25 a 35 años	
Nivel bajo	Fr	4	1	0	5
	%	8,3%	7,7%	0,0%	7,7%
Nivel medio	Fr	8	2	1	11
	%	16,7%	15,4%	25,0%	16,9%
Nivel alto	Fr	36	10	3	49
	%	75,0%	76,9%	75,0%	75,4%
Total	Fr	48	13	4	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI)

Tomando en cuenta los datos sobre la ansiedad estado y su relación con el tiempo que llevan las mujeres con fibromialgia, se puede ver que no hay diferencias claras entre los rangos de años propuestos, pues se observa que el 75,0% de las que tienen de 3 a 13 años, el 76,9% de las que tienen de 14 a 24 años y el 75,0% de las que tienen de 25 a 35 años, todas tienden a presentar un nivel alto de ansiedad.

De esta manera, independientemente del tiempo que se tenga, el diagnóstico de fibromialgia, el nivel de ansiedad, tienden a seguir siendo altos debido a varios factores persistentes. La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor generalizado y fatiga, cuyos síntomas no solo son persistentes sino también variables, lo que genera una preocupación constante sobre la intensidad del dolor y su impacto en la vida diaria.

Cabe mencionar que esta incertidumbre puede exacerbar la ansiedad, especialmente cuando los síntomas afectan de manera significativa la capacidad de realizar actividades cotidianas, trabajar o mantener una vida social activa. La falta de comprensión y el estigma social asociado con enfermedades crónicas invisibles también contribuyen al aislamiento y al estrés emocional, manteniendo altos niveles de ansiedad a lo largo del tiempo. También no se debe olvidar que la necesidad continua de gestionar los síntomas y adaptarse a las limitaciones impuestas por la enfermedad, refuerza un ciclo de ansiedad que persiste incluso con el paso de los años.

Tabla N°13

Ansiedad estado y estado civil

Nivel de ansiedad		Estado civil			Total
		Soltera	En una relación	Concubina o casada	
Nivel bajo	Fr	2	0	3	5
	%	8,7%	0,0%	7,7%	7,7%
Nivel medio	Fr	4	1	6	11
	%	17,4%	33,3%	15,4%	16,9%
Nivel alto	Fr	17	2	30	49
	%	73,9%	66,7%	76,9%	75,4%
Total	Fr	23	3	39	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Cuestionario de ansiedad estado– rasgo (STAI)

De acuerdo a los datos del estado civil en relación a la ansiedad estado, se puede ver que el 73,9% de las mujeres solteras, el 66,7% que están en una relación y el 76,9% de las que están casadas, todas a la vez, tienden a presentar un nivel alto de ansiedad. De esta forma independientemente del estado civil, las mujeres con fibromialgia tienen un nivel alto de ansiedad.

Independientemente del estado civil, las mujeres con fibromialgia tienden a experimentar niveles elevados de ansiedad debido a la naturaleza crónica y debilitante de esta enfermedad. La incertidumbre sobre la progresión de la enfermedad, sumada a la falta de comprensión social sobre su padecimiento, puede incrementar el estrés y la ansiedad en estas mujeres, además, la coexistencia de otros trastornos, como la depresión o el síndrome del intestino irritable, puede empeorar su calidad de vida, aumentando aún más los niveles de ansiedad. Las expectativas sociales o personales, como las responsabilidades familiares o laborales, pueden agravar este cuadro, ya que muchas mujeres sienten que no pueden cumplir con sus roles de manera adecuada debido a los síntomas; el miedo a ser vistas como "menos capaces" o a enfrentar el juicio de los demás, también contribuye a la ansiedad. En general, la interacción entre el dolor crónico, las dificultades para obtener un diagnóstico preciso y el

manejo diario de la enfermedad, crea un ciclo en el que la ansiedad se alimenta de la incertidumbre y el malestar constante, afectando significativamente su bienestar emocional.

5.4. DEPRESIÓN

Según el tercer objetivo; ***“Identificar el nivel de depresión que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia”***, se presentan los siguientes datos:

Tabla N°14

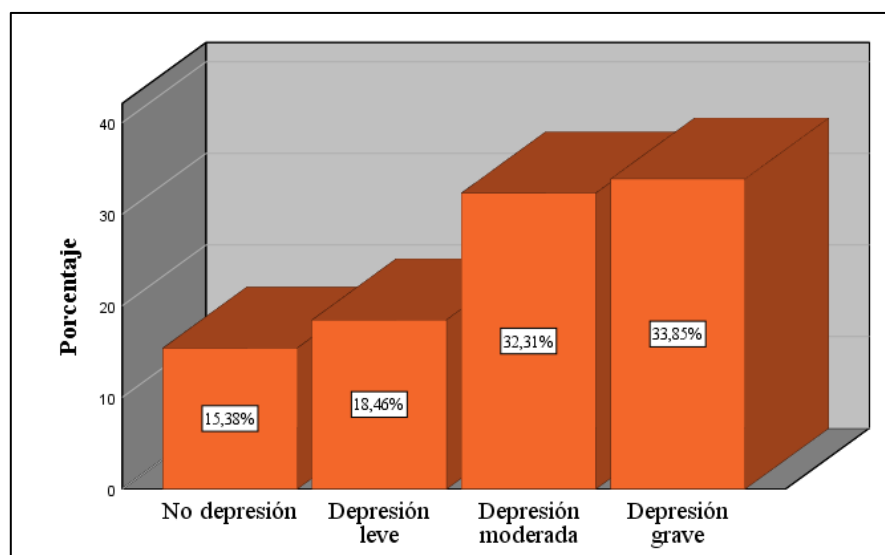
Depresión

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	10	15,4
Depresión leve	12	18,5
Depresión moderada	21	32,3
Depresión grave	22	33,8
Total	65	100,0

Nota: Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Figura N°3

Depresión



Nota: Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

A continuación, se presentan los resultados referidos a la depresión, misma que es definida como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”* (Beck, 1983).

Según los datos expuestos, se evidencia que el 33,8% de las mujeres que tienen fibromialgia presentan un nivel de depresión grave, esto quiere decir que, hay una combinación intensa de síntomas emocionales y físicos que afectan profundamente su bienestar y funcionalidad. Esta condición se caracteriza por una tristeza persistente, desesperanza y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, es importante destacar que las mujeres pueden experimentar una fatiga extrema que agrava los síntomas físicos de la fibromialgia, como el dolor crónico y la debilidad muscular, creando un círculo vicioso de malestar.

De acuerdo al segundo dato significativo, se observa que el 32,3% de las mujeres presenta un nivel de depresión moderada, denotando que son personas que tienen sintomatología depresiva, aunque en un nivel menor en cuanto a la intensidad que el nivel grave. Cabe mencionar que ambos resultados expuestos dentro del cuadro de forma general, evidencia que la mayoría de las mujeres con fibromialgia tienden a presentar niveles de depresión totalmente desfavorables y negativos para ellas y su funcionamiento general.

De acuerdo a lo que sostienen Revuelta, Segura & Tevar (2010), la fibromialgia es una enfermedad estrechamente relacionada con las sintomatologías psicológicas y psiquiátricas, siendo las más frecuentes la ansiedad y la depresión, patologías que, al asociarse con esta enfermedad, agravan y cronifican su curso de una forma irremediable; en el caso de la depresión hace que el paciente pierda la capacidad y el deseo de enfrentarse ante cualquier situación y ante la vida cotidiana, por lo que empeora de una forma intensa su condición dolorosa de fibromialgia.

Según lo expuesto en el anterior párrafo, se destaca un punto crucial sobre la fibromialgia y las patologías que no solo son comunes en quienes padecen fibromialgia, sino que también pueden empeorar y cronificar la enfermedad de manera significativa. La depresión, en particular, se presenta como un factor que no solo contribuye al dolor físico, sino que también afecta la capacidad del individuo para manejar las demandas diarias y enfrentarse a la vida cotidiana.

Para terminar, hay que referir la importancia de la investigación sobre la depresión en mujeres con fibromialgia que es fundamental, puesto que ayuda a comprender cómo esta comorbilidad afecta su calidad de vida y el curso de la enfermedad. La investigación en este campo permite identificar patrones específicos de síntomas y factores de riesgo, así como desarrollar intervenciones terapéuticas más efectivas y personalizadas.

Tabla N°15

Depresión y edad

Nivel de depresión		Edad			Total
		De 28 a 38 años	De 39 a 49 años	De 50 a 63 años	
No depresión	Fr	1	8	1	10
	%	9,1%	28,6%	3,8%	15,4%
Depresión leve	Fr	2	5	5	12
	%	18,2%	17,9%	19,2%	18,5%
Depresión moderada	Fr	5	6	10	21
	%	45,5%	21,4%	38,5%	32,3%
Depresión grave	Fr	3	9	10	22
	%	27,3%	32,1%	38,5%	33,8%
Total	Fr	11	28	26	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

A continuación, se muestran los datos referidos a la edad y su relación con la depresión:

Considerando los datos más significativos, se puede ver que el 45,5% de las mujeres que tienen de 28 a 38 años de edad a la vez tienden a presentar un nivel de depresión moderada, a diferencia de las mujeres de 39 a 49 años y las que tienen de 50 a 63 años quienes tienden a presentar un nivel de depresión grave. De esta manera se observa que el nivel de depresión va aumentándose con el pasar de los años, esto puede deberse a varios factores relacionados con el envejecimiento y la enfermedad crónica. Con el tiempo, el manejo prolongado de los síntomas crónicos puede llevar a una mayor fatiga emocional y a una percepción acumulativa de pérdida y frustración, lo que podría intensificar los síntomas depresivos. Además, las mujeres mayores pueden enfrentar desafíos adicionales, como el deterioro físico asociado con el envejecimiento, la pérdida de redes de apoyo o cambios en la vida laboral y familiar, que pueden contribuir a una mayor depresión.

De acuerdo a Butterworth (2022), la depresión tiende a incrementarse en las mujeres a medida que envejecen, dado que a menudo enfrentan pérdidas significativas y cambios en su estado de salud que pueden empeorar sus síntomas depresivos. La acumulación de fatiga emocional derivada de la gestión de síntomas crónicos puede provocar una mayor sensación de pérdida, intensificando así la depresión, además, refiere que es preocupante que un porcentaje elevado de personas mayores que sufren de depresión no reciban la atención médica necesaria, lo que subraya la urgencia de abordar este asunto como un problema de salud pública.

Para terminar, es necesario referir que la relación entre edad y depresión en fibromialgia es compleja y puede variar entre individuos, en algunos casos, las mujeres pueden desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas con la experiencia y adaptar mejor su vida a la condición, lo que podría no llevar a un aumento en los niveles de depresión. Por lo tanto, la relación entre la edad y la depresión en mujeres con fibromialgia depende de una combinación de factores individuales, históricos y contextuales.

Tabla N°16

Depresión y tiempo con fibromialgia

Nivel de depresión		Tiempo			Total
		De 3 a 13 años	De 14 a 24 años	De 25 a 35 años	
No depresión	Fr	7	2	1	10
	%	14,6%	15,4%	25,0%	15,4%
Depresión leve	Fr	9	3	0	12
	%	18,8%	23,1%	0,0%	18,5%
Depresión moderada	Fr	17	3	1	21
	%	35,4%	23,1%	25,0%	32,3%
Depresión grave	Fr	15	5	2	22
	%	31,3%	38,5%	50,0%	33,8%
Total	Fr	48	13	4	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

De acuerdo a los resultados que se encontraron sobre el tiempo con fibromialgia y su relación con el nivel de depresión, se puede ver que el 35,4% de las mujeres que tienen un diagnóstico de 3 a 13 años tienden a presentar una depresión moderada a diferencia de las mujeres con más de 14 años de diagnóstico quienes muestran una tendencia a la depresión grave. De esta manera, se observa que la depresión va aumentando mientras más sean los años con fibromialgia.

A medida que pasa el tiempo con fibromialgia, es común que la depresión se intensifique debido a la acumulación de varios factores interrelacionados. La persistencia del dolor crónico y otros síntomas debilitantes puede llevar a un desgaste emocional profundo, generando sentimientos de desesperanza y frustración. También se las puede sumar a las limitaciones continuas en la vida diaria, junto con el impacto en la capacidad para realizar actividades normales y mantener una vida social activa, pueden contribuir al aislamiento y la soledad, agravando los síntomas depresivos. Este ciclo de dolor y malestar emocional subraya la necesidad de un enfoque integral y sostenido en el tratamiento para abordar tanto los aspectos físicos como psicológicos de la fibromialgia y así mejorar la calidad de vida. De acuerdo a lo que refiere García (2017), la depresión puede volverse más prominente a lo largo del tiempo en personas con fibromialgia, debido a la naturaleza crónica y debilitante de la enfermedad, la persistencia del dolor y otros síntomas, junto con las limitaciones que impone

la fibromialgia en la vida diaria, pueden contribuir a sentimientos de desesperanza y tristeza. La depresión puede ser una respuesta natural al impacto continuo y a menudo impredecible de la fibromialgia. Este autor también refiere que es crucial tratar la depresión junto con la fibromialgia para mejorar la calidad de vida, lo cual puede incluir terapia psicológica, medicación y apoyo social.

Tabla N°17

Depresión y estado civil

Nivel de depresión		Estado civil			Total
		Soltera	En una relación	Concubina o casada	
No depresión	Fr	6	0	4	10
	%	26,1%	0,0%	10,3%	15,4%
Depresión leve	Fr	3	1	8	12
	%	13,0%	33,3%	20,5%	18,5%
Depresión moderada	Fr	8	1	12	21
	%	34,8%	33,3%	30,8%	32,3%
Depresión grave	Fr	6	1	15	22
	%	26,1%	33,3%	38,5%	33,8%
Total	Fr	23	3	39	65
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

De acuerdo a los datos sobre el nivel de depresión y su relación con el estado civil, se evidencia que el 34,8% de las mujeres solteras a la vez tienen una depresión moderada, a diferencia del 33,3% de las que están en una relación y el 38,5% de las que se encuentran casadas o en concubinato, quienes a su vez presentan un nivel de depresión grave. De manera general se evidencia que las mujeres solteras tienden a presentar menos depresión que las que se encuentran en una relación o conviviendo con alguien.

De manera general, se ha observado en algunos estudios que las mujeres solteras tienden a presentar menos síntomas de depresión en comparación con aquellas que están en una relación o conviviendo con alguien. Este fenómeno puede estar influenciado por diversos factores. En primer lugar, las mujeres solteras suelen tener mayor autonomía y control sobre sus decisiones, lo que puede generar un sentido de libertad y bienestar. En una relación, en cambio, las dinámicas de poder, las responsabilidades compartidas y los conflictos de pareja

pueden contribuir al estrés y, en consecuencia, a la depresión. Las mujeres en relaciones tóxicas o insatisfactorias, donde los conflictos y las tensiones son frecuentes, pueden experimentar una mayor carga emocional, lo que aumenta el riesgo de depresión. Según Castaño (2015), las expectativas sociales en torno al matrimonio o la convivencia pueden generar presión o si la relación no cumple con esas expectativas, las mujeres pueden sentirse frustradas o decepcionadas, lo que afecta su estado emocional. Otro factor importante es que estar en una relación no siempre garantiza apoyo emocional o satisfacción; muchas mujeres en relaciones o matrimonios pueden sentirse solas o desconectadas emocionalmente de su pareja, lo que también puede contribuir a la depresión.

5.5. ANÁLISIS DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados encontrados y a las hipótesis que fueron formuladas, se presenta el siguiente análisis de hipótesis:

Hipótesis N°1

“Las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de calidad de vida “media baja”.

De acuerdo a los resultados que se encuentran en la tabla N°6, que indican que el 47,7% de las mujeres tienen una tendencia hacia una calidad de vida media y media baja con un 38,5%, en relación al resultado, la hipótesis planteada se RECHAZA.

Hipótesis N°2

“Las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de ansiedad estado y rasgo “alto”.

Considerando los resultados observados en la tabla N°10 que refieren que el 75,4% de las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de ansiedad alto, tanto para la ansiedad estado como para la ansiedad rasgo, la hipótesis formulada se CONFIRMA.

Hipótesis N°3

“Las mujeres con fibromialgia presentan un nivel de depresión “moderada”.

De acuerdo a los resultados expuestos en la tabla N°14, que indica que el 33,8% de las mujeres con fibromialgia presenta una tendencia a una depresión grave y el 32,3% depresión moderada. Se puede indicar que la hipótesis formulada, se RECHAZA.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Considerando los objetivos que fueron planteados y los resultados que fueron encontrados en la presente investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

Objetivo N°1: *Identificar el nivel de calidad de vida que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia.*

- Las mujeres con fibromialgia presentan una tendencia hacia una calidad de vida media, esto quiere decir que las mujeres tienen sus necesidades básicas cubiertas, como vivienda, alimentación, educación y salud, pero sin lujos o comodidades excepcionales; se caracteriza también por una sensación de estabilidad y seguridad en la vida diaria, aunque sin obtener logros excepcionales. De acuerdo a las dimensiones, se evidenció que en todas ellas presentan una calidad de vida media, aunque en la salud física y psicológica hay una tendencia hacia los niveles media baja y baja. Respecto al cruce de variables, se encontró que las mujeres con menos edad tienden a tener una calidad de vida con tendencia a baja; sobre el tiempo con fibromialgia y el nivel de calidad de vida, se encontró que mientras más años se tenga fibromialgia, la calidad de vida tiende a disminuir gradualmente, como así también, las mujeres que se encuentran en concubinato o casadas, presentan un mejor nivel de calidad de vida que las solteras.

Objetivo N°2: *Describir el nivel de ansiedad estado-rasgo que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia.*

- Tomando en cuenta la ansiedad estado, las mujeres con fibromialgia tienen un nivel alto, presentando una sensación intensa y constante de tensión, inquietud y preocupación, que puede agravar los síntomas físicos de la enfermedad, como el dolor y la fatiga. Sobre la ansiedad rasgo, se encontró que las mujeres con fibromialgia presentan un nivel alto, esto quiere decir que hay una fuerte predisposición a sentir ansiedad, independientemente de las circunstancias específicas. Estas mujeres suelen experimentar una tendencia generalizada a preocuparse y a anticipar peligros o dificultades, algo que ya viene como parte de su personalidad. De acuerdo a los datos

encontrados sobre el nivel de ansiedad y la edad que tienen las mujeres, no se pudieron encontrar diferencias marcadas, ya que en todos los rangos de edad propuestos hay una tendencia pronunciada a presentar niveles altos de ansiedad, como así también independientemente del tiempo que se tenga, el diagnóstico de fibromialgia, el estado civil, el nivel de ansiedad, tiende a seguir siendo alto debido a varios factores persistentes.

Objetivo N°3: *Identificar el nivel de depresión que presentan las mujeres con fibromialgia en diferentes departamentos de Bolivia.*

- Sobre la depresión, se encontró que las mujeres que tienen fibromialgia presentan un nivel de depresión entre moderada y grave, esto quiere decir que, hay una combinación intensa de síntomas emocionales y físicos que afectan profundamente su bienestar y funcionalidad. Cabe referir que esta condición se caracteriza por una tristeza persistente, desesperanza y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban. Respecto al cruce con la edad, se evidenció que el nivel de depresión va aumentando con el pasar de los años, asimismo, se encontró que la depresión va aumentando porque mientras más sean los años con fibromialgia y sobre el estado civil, las mujeres solteras tienden a presentar menos depresión que las que se encuentran en una relación o conviviendo con alguien.

6.2. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso de investigación y considerando la problemática vigente, se formulan las siguientes recomendaciones:

Autoridades políticas:

- Implementar políticas que promuevan el acceso equitativo a tratamientos médicos y terapias alternativas para la fibromialgia, garantizando cobertura completa en seguros de salud para un manejo integral de la enfermedad.
- Promover la creación de centros de atención multidisciplinaria que integren especialistas en dolor crónico, fisioterapia, psicología y rehabilitación para ofrecer un enfoque holístico del tratamiento de la fibromialgia.
- Establecer subsidios y programas de financiamiento para investigaciones y tratamientos innovadores en salud mental, enfocándose en la relación entre fibromialgia y depresión para desarrollar nuevas terapias.

Autoridades de salud:

- Desarrollar e implementar programas de salud mental especializados para personas con fibromialgia, que incluyan terapia psicológica y apoyo psiquiátrico, integrados en el tratamiento global de la enfermedad.
- Ofrecer programas de capacitación para profesionales de la salud en el manejo integral de la ansiedad en pacientes con fibromialgia, para asegurar que reciban un tratamiento adecuado y coordinado que aborde tanto el dolor físico como la ansiedad psicológica.
- Desarrollar y financiar programas de educación continua para profesionales de la salud sobre el manejo de la ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas, asegurando un enfoque actualizado y basado en evidencia.

A las mujeres que tienen fibromialgia:

- Se recomienda aprender a quererse a sí mismas, que a pesar de que esta condición incapacita para realizar muchas cosas, no hay que dejar que las ganen, vivir pensando en el dolor y en lo que no puedes hacer no te permite ver más allá, disfrutar de los pequeños momentos con la pareja, familia, amigos, etc. Es difícil, pero lo que

proyectos es lo que atraes, trabajar en nuestra autoestima hace que veamos la vida diferente, dedicarse tiempo a sí misma como leer un libro, ir por un postre, dar un paseo sola, etc.... ayuda a mejorar nuestro estado ánimo y a reducir los síntomas depresivos y de ansiedad. La parte psicológica es mucho más importante y crucial.

- Es fundamental adoptar un enfoque integral que incluya ejercicio suave como caminar o yoga, técnicas de relajación o control del estrés y priorizar el sueño de calidad para reducir la fatiga como así también el dolor.

A futuros investigadores:

- Investigar la eficacia de técnicas específicas de manejo de la ansiedad, como la terapia cognitivo-conductual y la meditación, adaptadas para personas con fibromialgia para así desarrollar tratamientos más efectivos.
- Realizar estudios longitudinales sobre el impacto de intervenciones específicas en la calidad de vida de personas con fibromialgia para identificar las estrategias más efectivas para poder mejorarlas.
- También se recomienda la realización de trabajos de investigación que utilicen un enfoque cualitativo, permitiendo conocer a profundidad los efectos de la fibromialgia en las mujeres en la vida diaria.