

Conocimiento del síndrome de fibromialgia y afrontamiento en la enfermedad en pacientes clínicamente diagnosticados.

Knowledge of Fibromyalgia Syndrome and coping with the disease in patients clinically diagnosed.

Patricia Isabel Pazzaglia Olivares¹

RESUMEN

Se examinó la información que personas diagnosticadas clínicamente con fibromialgia conocían sobre el síndrome y su asociación con el estilo de afrontamiento hacia la enfermedad. La muestra fue integrada por 175 personas diagnosticadas clínicamente con fibromialgia, quienes eran pacientes ambulatorios de Medicina Física y Rehabilitación de la Clínica de la Seguridad Social en Lima. Fue utilizado el diseño descriptivo correlacional. Los instrumentos aplicados fueron: el Inventario de Afrontamiento en Problemas de Salud y Lesiones, versión en español (2002) y el Cuestionario de Conocimiento del Síndrome de Fibromialgia construido para este estudio, los que fueron validados. Los resultados mostraron que no existe asociación entre las variables estudiadas en la muestra y que el 90% de pacientes no tenían información sobre fibromialgia, de los cuales la mayoría recurrió a la preocupación emocional y, en menos porcentaje, a la distracción como tácticas de afrontamiento a la enfermedad. Estilos de afrontamiento como: la preocupación emocional y la distracción parecen ser manifestaciones válidas frente a un padecimiento crónico como la fibromialgia.

PALABRAS CLAVE: Fibromialgia, dolor crónico, conocimiento de la enfermedad, afrontamiento al dolor.

ABSTRACT

It was examined the information that people clinically diagnosed with fibromyalgia knew about the syndrome and its association with coping style to disease. The sample was composed of 175 persons clinically diagnosed with fibromyalgia, who were outpatients of Physical Medicine and Rehabilitation Service of a Social Security Clinic in Lima. It was used the descriptive correlational design. The instruments applied were: the Inventory of Coping in Health Problems and Injuries, Spanish version (2002), and the Knowledge Questionnaire Fibromyalgia Syndrome constructed for this study; which were validated. The results showed no association between the variables studied in the sample and 90% of patients had no information about fibromyalgia, which most of them appealed to emotional distress and, in a less %, to distraction as tactic of coping against disease. Coping styles such as emotional distress and distraction seem to be valid demonstrations against a chronic condition like fibromyalgia.

KEY WORDS: Fibromyalgia, chronic pain, knowledge of the disease, pain coping.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas una patología de importante repercusión social, sin un claro trasfondo etiológico y gran consecuencia psicopatológica es el Síndrome de Fibromialgia (FM), no sólo por su importancia asistencial, sino también por la repercusión funcional en las personas afectadas por la misma (Calabozo,

Llamazares, Muñoz, & Alonso-Ruiz, 1990). Se trata de un problema de salud poco conocido que ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia, hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden.

Se trata de una enfermedad de etiología desconocida, crónica y compleja, de amplia sintomatología -común

¹ Facultad de Psicología Leopoldo Chiappo Galli. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

ARTÍCULO ORIGINAL

a los de otras enfermedades- y de difícil diagnóstico por que arroja resultados habitualmente normales en análisis y placas. El diagnóstico se basa en la exploración física del paciente, donde el médico verifica dolor a la presión en un mínimo de 11 de 18 puntos sensibles determinados en distintas partes del cuerpo. Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen dolor crónico generalizado, agotamiento profundo, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas, sensación de tumefacción en manos, entre otros más (Wolfe et al. 1990).

La FM como enfermedad se estableció y reconoció oficialmente para la Organización Mundial de la Salud en enero de 1992 y ha sido catalogada con el código M79.7 en el (CIE-10CM), como una enfermedad reumatológica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1979). No obstante, el conocimiento científico reciente indica que la FM rebasa las fronteras de los reumatismos de partes blandas y requiere un abordaje multidisciplinario más amplio (National Fibromyalgia Partnership [NFP], 1998).

Siendo la FM una enfermedad crónica, esta se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (OMS, 1979).

Aunque los estudios acerca de los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos ante sucesos vitales importantes y ante la enfermedad han sido prolíficos durante los últimos 20 años, la información acerca de cómo se afronta el dolor crónico es muy limitada. Sin embargo, en este contexto varios autores argumentan que las estrategias de afrontamiento que predicen una mejor adaptación al dolor crónico incluyen conductas encaminadas a aliviar el dolor como el afrontamiento conductual, y ciertos procesos cognitivos como reinterpretar o ignorar las sensaciones de dolor y distraerse del mismo (Keefe et al. 1991).

En esta línea, otros estudios relacionan conductas emocionalmente disfuncionales con variables relevantes en el ámbito del dolor crónico como: las evaluaciones cognitivas que los pacientes realizan respecto al significado de dicho dolor, la intensidad

de dolor percibida, la represión emocional (Wade, Dougherty, Hart & Rafii, 1992) el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento (Affleck, Tennen, Urrows & Higgins, 1992). En conclusión, pensar de forma catastrófica posiblemente es el caso más claro de estrategia de afrontamiento que predice un mayor grado de malestar asociado al dolor crónico (Keefe et al. 1991; Rosentiel y Keefe, 1983).

Las repercusiones del dolor crónico pueden ser numerosas y es muy probable que las personas que lo padecen experimenten pérdidas importantes en la esfera laboral, económica, familiar, social, sexual, etc. La amenaza de estas pérdidas llevará al sujeto a movilizarse para intentar controlar el dolor de una u otra forma.

En líneas generales, la experiencia de dolor vendrá determinada por la capacidad del sujeto para manejar una situación que es en sí misma estresante; por los recursos internos y externos con los que cuenta para hacerles frente y por las características personales como sexo, edad o variables de personalidad, que en interacción con las anteriormente reseñadas, pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Sánchez-Canovas y Sánchez-López, 1994).

Se asume por tanto, que ante la amenaza resultante del padecimiento del dolor los sujetos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar los daños producidos, dichos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone, cree que dispone- (Lazarus y Folkman, 1986).

De esta manera, lograr el cambio hacia comportamientos saludables es una de las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios, y una de las aplicaciones importantes de la educación en salud, la cual se enfoca en la prevención de situaciones que pueden dar lugar conductas emocionales perturbadas como: angustia, ira, miedo, con el fin de evitar o reducir la incidencia que tienen sobre la persona y/o favorecer la adherencia a los tratamientos.

En este sentido, recabar información del paciente es una tarea necesaria y el papel del médico habría de enfocarse en animar al paciente a expresarse, porque es importante conocer los síntomas físicos de

ARTÍCULO ORIGINAL

la persona pero también las costumbres y perspectivas acerca de su salud. Las relaciones médico-paciente en este terreno apuntan a que los médicos opten por compartir la responsabilidad de la información, se interesen por saber lo que el paciente conoce y averiguar si la persona tiene conceptos erróneos acerca de su problema, logrando una relación aún mejor con quienes padecen enfermedades crónicas y trastornos poco comunes.

En este proceso, el profesional actúa como un facilitador de conocimientos, habilidades, sugerencias y alternativas terapéuticas en su papel de conducir a la persona durante el camino hacia el cambio de conductas, aprovechando la capacidad individual que posee cada persona de reflexión y adaptación, finalmente es la persona, la que toma la decisión de realizar los cambios que le permitan sobrellevar mejor su padecimiento, basados en su sistema de valores y sus capacidades o recursos personales (Borrás, Palou, Ponseti y Cruz, 2003).

La revisión de trabajos de investigación relacionados con FM en los últimos diez años, incluyen entre otros, los estudios de Orozco y Vinaccia (2005), quienes evidencian la importancia de la disciplina psicológica en el abordaje de la enfermedad crónica, así como la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario en su tratamiento. Esto se manifiesta en la necesidad de asumir este tipo enfermedades desde una perspectiva biopsicosocial como sistema en el cual la modificación en una dimensión puede producir cambios en otra. Agregan que un modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender con mayor coherencia la enfermedad crónica multifactorial, ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

En relación a la experiencia de vida de las personas con fibromialgia, algunos estudios cualitativos han empezado a aportar datos sobre: el padecimiento de las personas con FM (García y Pascual-López, 2008), los efectos de la enfermedad (Carmona, 1999), la experiencia de la sintomatología asociada (Raymond y Brown, 2000) los beneficios de participar en grupos de autoayuda (García y Pascual-López, 2008), la importancia de conocer el diagnóstico (Martínez, 2007) y las estrategias de afrontamiento utilizadas y el significado vivir con esta enfermedad (Bosch, Saénz y Valls, 2002) contribuyendo con importante información para la comprensión del síndrome.

Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Díaz (2009), han estudiado la relación entre las expectativas de autoeficacia, (considerarse capacitado para realizar diferentes y diversas actividades), la repercusión emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con FM, encontrando que las expectativas de autoeficacia juegan un papel importante en el uso de estrategias positivas de afrontamiento y en el funcionamiento emocional adecuado. Estos datos reflejan que las personas con un buen nivel de autoeficacia percibida se enfrentan a las situaciones de amenaza con la seguridad de que son capaces de ejercer control sobre ellas, generando estrategias de afrontamiento positivas como el persistir en las tareas planteadas, lo cual redundará en una mejor calidad de vida para estos pacientes.

Otros estudios han concluido que la atención sanitaria a pacientes con fibromialgia debe cuidar especialmente la mejora de su calidad de vida, agilizando los diagnósticos, reduciendo su angustia, facilitando su proceso asistencial y ofreciendo acompañamiento, interés, comprensión y apoyo, por parte de los profesionales. Es preciso centrar la atención sanitaria en los pacientes, proporcionándoles una atención integral, incorporando sus expectativas, facilitándoles conocimientos y entrenamiento para asumir sus auto-cuidados y convertirse en agentes activos de su proceso de salud y apoyando a grupos de auto ayuda y asociaciones de pacientes. Son muchos los aspectos importantes y necesarios para contribuir a la mejoría de las personas con FM. Las patologías crónicas en su mayoría requieren estrategias de abordaje complejas, que exigen cambiar conductas y actitudes en los pacientes, cuando están implicados no sólo factores biomédicos sino también factores de personalidad, psicológicos y sociales.

Desde esta perspectiva se desea diferenciar los estilos cognitivos y comportamentales en pacientes con FM, conocer si la información que manejan de la enfermedad les permite lidiar mejor con los problemas de salud, conocer en qué medida se dificulta la adherencia al tratamiento y aportar datos que amplíen nuestro marco de referencia. Así como, destacar el valor de conceder y esclarecer información al paciente, para facilitarle la convivencia con sus dolencias y destacar la importancia de prevenir, identificar y asistir el compromiso de estados emocionales disfuncionales y evitar el sufrimiento innecesario en pacientes con padecimientos crónicos como FM. Se considera que la explicación de la naturaleza y proceso de la

ARTÍCULO ORIGINAL

enfermedad son indispensables para comprender las propias limitaciones y hacer los cambios apropiados en el estilo de vida.

Análogamente, se resalta el papel que la educación para la salud, ascendente, como un medio facilitador y ascendente representa un beneficio para las personas con carencias de información, entre estos: reducir reacciones emocionales disfuncionales frente al dolor; prevenir la elaboración de juicios correctos a cerca de la enfermedad; dominar la ansiedad a la incertidumbre por desconocimiento; reducir la búsqueda de otros diagnósticos y tratamientos; lograr el reconocimiento y control de la sintomatología; ganar la confianza necesaria para manejar la enfermedad; precisar objetivos concretos y retroalimentar efectiva y positivamente los cambios de comportamiento. La educación para la salud, modifica la percepción de la calidad de vida mejorando la actitud personal frente al dolor. Aunque no existe cura universalmente aceptada, hay información de tratamientos clínicos controlados donde se verifica que la eficacia en la reducción de los síntomas, incluye la educación del paciente, el ejercicio controlado, las terapias cognitivo conductuales y el consumo de ciertos fármacos, entre otras posibles terapias (Pelechano, Matud y De Miguel, 1994).

Dentro de este esquema se entiende que el conocimiento no es suficiente para producir los efectos deseados en el paciente, es necesario proporcionar a la persona la confianza y habilidad necesaria para controlar su comportamiento y sus emociones frente a la enfermedad, mejorando su estado de salud. De igual forma el papel del personal de salud demanda una abierta y permanente comunicación para comprender la incapacidad, el dolor, la depresión, la ansiedad que siente la persona enferma y así consienta regímenes de tratamiento necesariamente prolongados frente a un problema de salud crónico como la FM.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre el conocimiento del síndrome de fibromialgia y los recursos de afrontamiento entre personas clínicamente diagnosticadas con esta enfermedad?

Definición de las variables de estudio

1. Conocimiento del síndrome de fibromialgia

Se define como la información que el paciente tiene del problema de salud que padece. Se midió

con un cuestionario confeccionado y validado para esta investigación. El criterio para establecer si los sujetos conocían la enfermedad fue igual o mayor al 80% de los ítems bien contestados.

2. Estilos de afrontamiento

Son predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones de la vida diaria y los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento, así como de la estabilidad temporal y situacional (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Se evaluaron con el inventario de afrontamiento en problemas de salud y lesiones de Endler y Parker (1990).

Hipótesis general

Existe asociación entre el conocimiento del síndrome de fibromialgia y los recursos de afrontamiento entre las personas clínicamente diagnosticadas con esta enfermedad.

Hipótesis específica

Existen diferencias entre los puntajes de conocimiento del síndrome de fibromialgia respecto a los recursos de afrontamiento predominantes.

METODOLOGÍA

Nivel y tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptivo, porque mide independientemente cada variable a estudiar para luego describirlas (Fernández-Collado y Dahnke, 1986).

Diseño de la investigación

Diseño descriptivo correlacional, porque mide independientemente cada variable a estudiar para luego describirlas y establecer relación entre ambas sin precisar sentido de causalidad (Fernández-Collado y Dahnke, 1986).

Población y muestra

Se obtuvo la descripción de pacientes atendidos por grupo etáreo, que comprendió todos los servicios de atención y clasificación diagnóstica del total de patologías dolorosas, atendidas en el periodo del 02 de enero al 31 de diciembre del 2002, de la oficina de Red Hospitalaria de una Clínica de Seguridad Social.

La población, conformada por 1519 personas con migraña, diagnosticadas clínicamente con síndrome de FM, de ambos sexos, mayores de 18 y menores de 50 de años de edad, atendidos por consulta externa y

Tabla 1. Descripción de la Base de Datos de la Red Hospitalaria

	Dx. Diferenciales	Casos
Total de pacientes con patologías dolorosas del sistema músculo esquelético.	+ 130	32 706
Pacientes con patologías dolorosas que pueden ocultar el síndrome de FM	11	8966
Síndrome de Fibromialgia:	2	1563
Reumatismo no especificado		44
Mialgias		1519

Tabla 2. Descripción de la muestra

	N	%	Promedio
Hombres	30	17,14%	31
Mujeres	145	82,86%	37
Total	175	100%	

derivados al servicio de medicina física y rehabilitación de una clínica de seguridad social. La población no incluye a pacientes diagnosticados con reumatismo.

La muestra, constituida por 175 personas con mialgia, diagnosticadas clínicamente con síndrome de FM, con un mínimo de 3 meses de padecimiento y cuyo rango de edad osciló entre los 18 y 50 años; quienes acudieron por consulta externa y fueron derivados al servicio de medicina física y rehabilitación de una clínica de seguridad social.

Criterios de Inclusión:

- Personas diagnosticadas clínicamente con síndrome fibromialgia del servicio de medicina física y rehabilitación de una clínica de seguridad social.
- Tiempo de enfermedad, determinada por un mínimo de 3 meses de padecimiento.
- Rango de edad: entre 18 y 50 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Personas menores de 18 y mayores de 50 años de edad.
- Personas con diagnóstico de fiebre reumática
- Personas enfermas con impedimentos para responder con coherencia a las preguntas de los cuestionarios, como deficiencia intelectual, psicosis entre otras.

Instrumentos

A) Inventario de afrontamiento en problemas de salud y lesiones (Endler y Parker,1990).

Se trabajó con la versión en castellano, instrumento que examina el afrontamiento frente problemas de salud como enfermedades, malestares y lesiones. Presenta

32 ítems que definen situaciones típicamente difíciles, estresantes o desagradables para el enfermo; este inventario evalúa las que evalúan cuatro escalas de afrontamiento.

La confiabilidad interna se midió con el coeficiente Alpha de Cronbach, los coeficientes de confiabilidad interna de las diversas escalas del CHIP se obtuvieron separadamente por género y edad grupal.

Confiabilidad del Test y Retest: La correlación del Test Retest para el CHIP reportado por Endler, Courbasson, y Fillion (1998) indica que la confiabilidad de éstos para las diversas escalas del CHIP fue excelente para hombres y mujeres. En el Perú no se registran estudios que hayan empleado este material.

Validez. Endler, Parker y Summerfeldt (1993) examinaron la construcción de la validez del CHIP comparando puntajes de esta escala con dos medidas del estilo general de afrontamiento.

Validez de contenido Ítem – Test del CHIP. Se estableció la validez de contenido ítem, mediante la colaboración de 10 jueces expertos, encontrándose que el nivel de concordancia para el 97% de ítem fue muy significativo. Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico “V” de Aiken (Tabla 3).

B) Cuestionario de conocimiento del síndrome de fibromialgia.

El cuestionario ha sido elaborado para este estudio con el objetivo de indagar si el paciente conoce el síndrome que padece. Está redactado a manera de interrogantes y cada una de las 8 preguntas que lo conforman, presenta de tres a cinco alternativas de respuesta. Las preguntas están dirigidas a indagar aspectos como: sintomatología, predominancia, causas, factores agravantes, tratamiento, evaluación de la enfermedad, fuentes de información, entre otros. La elaboración del cuestionario se basó en toda la bibliografía consultada

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 3. Validación de Contenido Ítem – Test Afrontamiento en Problemas de Salud y Lesiones (CHIP)

Ítem	Nivel de Significancia	Tasa de Concordancia	Ítem	Nivel de Significancia	Tasa de Concordancia
1	0,001	9/10	17	0,049	8/10
2	0,001	10/10	18	0,001	10/10
3	0,001	9/10	19	0,001	10/10
4	0,001	9/10	20	0,001	9/10
5	0,001	10/10	21	0,001	9/10
6	0,001	10/10	22	0,001	9/10
7	0,001	10/10	23	0,001	10/10
8	0,001	10/10	24	0,001	9/10
9	0,001	9/10	25	0,001	9/10
10	0,001	10/10	26	0,001	10/10
11	0,049	8/10	27	0,001	10/10
12	0,001	10/10	28	0,001	10/10
13	0,001	10/10	29	>0,05	6/10
14	0,001	10/10	30	0,001	10/10
15	0,001	10/10	31	0,001	10/10
16	0,001	10/10	32	0,001	10/10

Tabla 4. Validación de Contenido Ítem – Test del cuestionario de conocimiento del síndrome de fibromialgia.

Ítem	Nivel de significancia	Tasa de concordancia
1	0,001	10/10.
2	0,001	10/10.
3	<0,05	3/10.
4	0,001	10/10.
5	0,001	10/10.
6	0,001	10/10.
7	0,001	10/10.
8	0,001	10/10.
9	0,001	10/10.
10	<0,05	2/10.

respecto al SF.

La validez de contenido del cuestionario de conocimiento del síndrome de FM, se estableció mediante la colaboración de 12 jueces expertos. Obteniéndose un nivel de concordancia significativo en 8 de 10 preguntas. Se empleó el estadístico “V” de Aiken, para determinar el nivel de significancia para las concordancias. Como criterio para establecer que los sujetos conocen la enfermedad se utilizó como punto de corte el 80% de ítem bien contestado. Los puntajes logrados de 7 y 8 indican que el paciente tiene conocimiento del síndrome de fibromialgia (Tabla 4).

Procedimientos de análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se empleó el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS versión 11.0)

A) Prueba de Hipótesis

Para la comprobación de la hipótesis general se utilizó Chi Cuadrado.

B) Distribución de Frecuencia

Se presentan los resultados de las mediciones del nivel de conocimiento del síndrome de FM y el estilo de afrontamiento predominante en el grupo de estudio.

RESULTADOS

La investigación planteó conocer la asociación entre el nivel de conocimiento del síndrome de FM y los recursos de afrontamiento empleados por las personas diagnosticadas con la enfermedad. Los resultados indican que no existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (0,062) (Tabla 5).

En relación a los resultados, algunas investigaciones indican que una de las carencias que genera temor en la persona enferma es el desconocimiento que tiene de su enfermedad, característica presente en el estudio y asociada a estrategias de afrontamiento pasivas como la preocupación emocional en el grupo de mujeres.

Tabla 5. Conocimiento del síndrome de fibromialgia y estilo de afrontamiento predominante

Pacientes	Estilos de Afrontamiento Predominante							
	Distractivo		Preocupación Emocional		Más de un estilo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Conocen FM	9	5%	8	4,6%	0	0,4%	17	10%
Desconocen FM	49	28%	104	59%	5	3%	158	90%
Total	58	33%	112	64%	5	3%	175	100%

Tabla 6. Resultados y nivel de significancia del estadístico chi cuadrado para la asociación de variables de conocimiento del síndrome de fibromialgia y estilos de afrontamiento predominante.

	Valores	GL.	Nivel de Signif.
Pearson – Chi cuadrado	3,609a	2	0,165 <i>ns</i>
Comparación Lineal	3,863	2	0,145 <i>ns</i>
Asociación	3,49	1	0,062 <i>ns</i>
No. De casos válidos	175		

ns = no significativo

Tabla 7. Promedio de puntajes del conocimiento del síndrome de fibromialgia según el estilo de afrontamiento predominante.

Estilo de Afrontamiento Predominante	F	Puntaje Min.-Máx.	X	DS
Distractivo	58	2 - 7	4,87	1,53
Preocupación Emocional	112	1 - 7	4,83	1,56
Más de un estilo	5	4 - 6	4,8	0,83

De otro lado, los antecedentes muestran que el afrontamiento conductual y ciertos procesos cognitivos como reinterpretar o ignorar las sensaciones de dolor y distraerse del mismo (supresión de emociones negativas) son conductas mayormente utilizadas por los varones para el alivio del dolor (Keefe et al. 1991; Lawson, Reesor, Keefe y Turner, 1990).

Para conocer la asociación entre las variables conocimiento del síndrome FM y estilo de afrontamiento, se utilizó el estadístico Chi cuadrado, encontrándose que no se llegó a establecer una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (0,062) (Tabla 6).

Al comparar los puntajes promedio de conocimiento del síndrome FM en función al estilo de afrontamiento predominante se encuentra que no hay diferencias estadísticamente significativas ($P > 0,05$) (Tablas 7 y 8).

Son dos los estilos de afrontamiento empleados

frente a la enfermedad, el estilo distractivo y el de la preocupación emocional, un tercer grupo lo conforman las personas que utilizan más de un estilo. Se observa que son 58 las personas que utilizan el estilo de afrontamiento distractivo, de las cuales el puntaje más bajo obtenido en conocimientos ha sido 2, el puntaje más alto ha sido 7, el promedio del puntaje de las personas que usan este estilo de afrontamiento es 4,87 y su desviación estándar es 1,53 (Tabla 7).

El segundo grupo está conformado por 112 personas que utilizan el estilo de afrontamiento de la preocupación emocional, de las cuales el puntaje más bajo obtenido en conocimientos ha sido 1, el puntaje más alto ha sido 7, el promedio del puntaje de las personas que usan este estilo de afrontamiento es 4,83 y su desviación estándar es 1,56 (Tabla 7).

El tercer grupo está formado por 5 personas que utilizan más de un estilo de afrontamiento, de las cuales el puntaje más bajo obtenido en conocimientos

Tabla 8. Análisis de varianza de los promedios de puntaje de conocimiento del síndrome de fibromialgia entre grupos y el estilo de afrontamiento predominante.

	Suma de Cuadrados	G.L.	Media de Cuadrados	F	Nivel de Significancia
Entre grupos	0,75	2	0,037	0,021	0.980
Dentro del grupo	312,062	172	1,814		NS.
Total	312,137	174			

Tabla 9. Diferencias de los promedios de puntajes de conocimiento del síndrome de fibromialgia entre grupos y el estilo de afrontamiento predominante.

Estilo de Afrontamiento Predominante		Dif. Prom.	Nivel Sig.
Distractivo	Preocupación emocional	0,04002	0,982 <i>ns</i>
	Más de un estilo	0,07931	0,991 <i>ns</i>
Preocupación Emocional	Distractivo	-0,04002	0,982 <i>ns</i>
	Más de un estilo	0,03929	0,998 <i>ns</i>
Más de un estilo	Distractivo	-0,07931	0,991 <i>ns</i>
	Preocupación emocional	-0,03929	0,998 <i>ns</i>

ns = no significativo

ha sido 4, el puntaje más alto ha sido 6, el promedio del puntaje de las personas que usan más de un estilo de afrontamiento es 4,8 y su desviación estándar es 0,83.

Considerando la desviación estándar del promedio de puntajes de conocimiento del SF entre los tres grupos, se observa que el grupo más homogéneo en conocimientos, es el grupo que utiliza más de un estilo de afrontamiento y el grupo más heterogéneo es el que utiliza el estilo distractivo.

En la tabla 9 al comparar las diferencias de los promedios de puntajes de conocimiento del síndrome de FM con relación al estilo de afrontamiento predominante, se advierte que no hay diferencias significativas entre los sujetos agrupados.

En la tabla 10 se cruzan los datos de estilos de afrontamiento predominante por edad y conocimiento del SF. Al analizar los resultados por grupos de edad, se contempla que para el grupo de 18 a 29 años, el estilo de afrontamiento predominante es el de distracción, presentado por 22 personas quienes representan el 51,2% del grupo de edad. Este grupo lo conforman 43 personas de las cuales 39 (90,7%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 4 (9,3%) sí conocen el síndrome. De los que desconocen la enfermedad 18 personas (41,9%) utilizan el estilo distractivo; 20 personas (46,5%) utilizan el estilo de preocupación emocional y 1 (2,3%) utiliza más de un estilo. De las 4 personas (9,3%) que conocen sobre la

enfermedad todas utilizan el estilo distractivo.

Para el grupo de 30 a 39 años, el estilo de afrontamiento predominante es el de la preocupación emocional, presentado por 36 personas quienes representan el 62,1% del grupo de edad. Este grupo lo conforman 58 personas de las cuales 50 (86,2%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 8 personas (13,8%) sí conocen el síndrome. De los que desconocen la enfermedad 19 personas (32,8%) utilizan el estilo distractivo y 31 personas (53,4%) utilizan el estilo de preocupación emocional. De los 8 (13,8%) que conocen sobre la enfermedad 3 personas (5,2%) utilizan el estilo distractivo y 5 personas (5,6%) emplean la preocupación emocional.

En el grupo de 40 a 49 años el estilo de afrontamiento predominante es la preocupación emocional, presentado por 56 personas quienes representan el 75,7% del grupo de edad. Este grupo lo conforman 74 personas de las cuales 69 (93,2%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 5 (6,8%) sí conocen el síndrome. De los que desconocen la enfermedad 12 personas (16,2%) utilizan el estilo distractivo; 53 personas (71,6%) utilizan el estilo de preocupación emocional y 4 (5,4%) emplean más de un estilo. De los 5 que conocen sobre la enfermedad 2 (2,7%) utilizan el estilo distractivo y 3 (4,1%) emplean el estilo de preocupación emocional.

Tabla 10. Estilo de Afrontamiento Predominante por Edad y Conocimiento del Síndrome de Fibromialgia.

Edad	Información FM		Distractivo	Preocupación Emocional	Más de 1	Total
18 - 29 años	Desconoce	F	18	20	1	39
		%	41,9%	46,5%	2,3%	90,7%
	Conoce	F	4	0	0	4
		%	9,3%	0,0%	0,0%	9,3%
	Total	F	22	20	1	43
		%	51,2%	46,5%	2,3%	100,0%
30 - 39 años	Desconoce	F	19	31	0	50
		%	32,8%	53,4%	0,0%	86,2%
	Conoce	F	3	5	0	8
		%	5,2%	5,6%	0,0%	13,8%
	Total	F	22	36	0	58
		%	37,9%	62,1%	0,0%	100,0%
40 - 49 años	Desconoce	F	12	53	4	69
		%	16,2%	71,6%	5,4%	93,2%
	Conoce	F	2	3	0	5
		%	2,7%	4,1%	0,0%	6,8%
	Total	F	14	56	4	74
		%	18,9%	75,7%	5,4%	100,0%

Tabla 11. Estilo de afrontamiento predominante por sexo y conocimiento del síndrome de fibromialgia.

Sexo	Información FM		Distractivo	Preocupación Emocional	Más de 1	Total
Femenino	Desconoce	F	24	101	5	130
		%	16,6%	69,7%	3,4%	89,7%
	Conoce	F	7	8	0	15
		%	4,8%	5,5%	0,0%	10,3%
	Total	F	31	109	5	145
		%	21,4%	75,2%	3,4%	100,0%
Masculino	Desconoce	F	25	3	0	28
		%	83,3%	10,0%	0,0%	93,3%
	Conoce	F	2	0	0	2
		%	6,7%	0,0%	0,0%	6,7%
	Total	F	27	3	0	30
		%	90,0%	10,0%	0,0%	100,0%

En la tabla 11 el análisis de los resultados en relación con el sexo de la persona indica que para 109 mujeres que representan el 75,2% de su género, el estilo de afrontamiento predominante es la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 145 mujeres de las cuales 130 (89,7%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 15 (10,3%) de ellas si conocen el síndrome. De las que desconocen sobre la enfermedad, 24 mujeres (16,6%) utilizan

el estilo distractivo, 101 mujeres (69,7%) utilizan el estilo de preocupación emocional, y 5 de ellas (3,4%) emplean más de un estilo. De las 15 mujeres que conocen sobre la enfermedad 7 de ellas (4,8%) utilizan el estilo distractivo, 8 (5,5%) utilizan la preocupación emocional y ninguna de ellas más de un estilo.

Con relación al sexo masculino se aprecia que

ARTÍCULO ORIGINAL

para 27 varones que representan él (90%) de su género el estilo de afrontamiento predominante es el distractivo. Se distingue también que hay un total de 30 hombres de los cuales 28 de ellos (93,3%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y solo 2 de ellos (6,7%) si conocen el síndrome. De los que desconocen sobre la enfermedad 25 varones (83,3%) utilizan el estilo distractivo; 3 (10,0%) emplean el estilo de preocupación emocional y ninguno de ellos más de un estilo. De los 2 varones que conocen sobre la enfermedad ambos utilizan el estilo distractivo.

En la tabla 12 se presentan los resultados en relación con el estado civil de las personas, advirtiéndose para el grupo de solteros el estilo de afrontamiento predominante es la preocupación emocional, presentado por 18 personas quienes representan

el 54,5% del grupo. Este grupo lo conforman 33 solteros de las cuales 31 personas (93,9%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y solo 2 de ellas (6,1%) si conocen la enfermedad. De los que desconocen la enfermedad 13 personas (39,4%) utilizan el estilo distractivo y 18 de ellos (54,5%) emplean el estilo de preocupación emocional. De los 2 (6,1%) que conocen sobre la enfermedad ambos utilizan el estilo distractivo.

Para el grupo casados, el estilo de afrontamiento predominante es el de preocupación emocional, presentado por 62 personas quienes representan el 71,3% de este grupo. Este grupo lo conforman 87 personas de las cuales 76 (87,4%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 11 de ellas (12,6%) si conocen la enfermedad. De los que

Tabla 12. Estilo de afrontamiento predominante por estado civil y conocimiento del síndrome de fibromialgia.

Estado Civil	Información FM		D.	PE.	Más de 1	Total
Soltero	Desconoce	F	13	18	0	31
		%	39,4%	54,5%	0,0%	93,9%
	Conoce	F	2	0	0	2
		%	6,1%	0,0%	0,0%	6,1%
	Total	F	15	18	0	33
		%	45,5%	54,5%	0,0%	100,0%
Casado	Desconoce	F	19	55	2	76
		%	21,8%	63,2%	2,3%	87,4%
	Conoce	F	4	7	0	11
		%	4,6%	8,0%	0,0%	12,6%
	Total	F	23	62	2	87
		%	26,4%	71,3%	2,3%	100,0%
Viudo	Desconoce	F	11	15	2	28
		%	35,5%	48,4%	6,5%	90,3%
	Conoce	F	3	0	0	3
		%	9,7%	0,0%	0,0%	9,7%
	Total	F	14	15	2	31
		%	45,2%	48,4%	6,5%	100,0%
Divorciado	Desconoce	F	1	11	0	12
		%	7,7%	84,6%	0,0%	92,3%
	Conoce	F	0	1	0	1
		%	0,0%	7,7%	0,0%	7,7%
	Total	F	1	12	0	13
		%	7,7%	92,3%	0,0%	100,0%
Conviviente	Desconoce	F	4	6	1	11
		%	36,4%	54,5%	9,1%	100,0%
	Conoce	F	0	0	0	0
		%	-	-	-	-
	Total	F	4	6	1	11
		%	36,4%	54,5%	9,1%	100,0%

ARTÍCULO ORIGINAL

desconocen la enfermedad 19 personas (21,8%) utilizan el estilo distractivo; 55 personas (63,2%) utilizan el estilo de preocupación emocional y 2 de ellas (2,3%) utilizan más de un estilo. De las 11 personas (12,6%) que conocen sobre la enfermedad 4 (4,6%) utilizan el estilo distractivo y 7 de ellas (8,0%) emplean la preocupación emocional.

En el grupo de viudos el estilo de afrontamiento predominante es la preocupación emocional, presentado por 15 personas quienes representan el 48,4% del grupo. Este grupo esta conformado por 31 personas de las cuales 28 (90,3%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 3 (9,7%) si conocen la enfermedad. De los que desconocen la enfermedad 11 personas (35,5%) utilizan el estilo distractivo, 15 (48,4%) utilizan el estilo de Preocupación Emocional y 2 (6,5%) utilizan más de un estilo. De los 3 (9,7%) que conocen sobre la enfermedad todos utilizan el estilo distractivo.

Para el grupo de divorciados, el estilo de afrontamiento predominante es el de preocupación

emocional, presentado por 12 personas quienes representan el 92,3% de este grupo. Este grupo esta conformado por 13 personas de las cuales 12 de ellas (92,3%) no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 1 (7,7%) si conoce la enfermedad. De los que desconocen la enfermedad 1 persona (7,7%) utiliza el estilo distractivo y 11 de ellas (84,6%) emplean el estilo de preocupación emocional. Solo 1 persona (7,7%) conoce sobre la enfermedad y utiliza el estilo de preocupación emocional.

Para el grupo de convivientes el estilo de afrontamiento predominante es el de preocupación emocional, presentado por 6 personas quienes representan el 54,5% del grupo. Este grupo esta conformado por 11 (100%) personas de las cuales todas desconocen la enfermedad. De éstas, 4 personas (36,4%) utilizan el estilo distractivo; 6 personas (54,5%) utilizan el estilo de preocupación emocional y 1 de ellas (9,1%) emplea más de un estilo.

En la tabla 13 los resultados por nivel de instrucción, indican que para las personas con estudios de nivel

Tabla 13. Estilo de afrontamiento predominante por nivel de instrucción y conocimiento del síndrome de fibromialgia.

Instrucción	Información FM		Distractivo	Preocupación Emocional	Más de 1	Total
Primaria	Desconoce	F	3	6	1	10
		%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%
	Total	F	3	6	1	10
		%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%
Secundaria	Desconoce	F	12	57	3	72
		%	15,0%	71,3%	3,8%	90,0%
	Conoce	F	4	4	0	8
		%	5,0%	5,0%	0,0%	10,0%
	Total	F	16	61	3	80
		%	20,0%	76,3%	3,8%	100,0%
Técnica	Desconoce	F	23	14	1	38
		%	56,1%	34,1%	2,4%	92,%
	Conoce	F	1	2	0	3
		%	2,4%	4,9%	0,0%	7,3%
	Total	F	24	16	1	41
		%	58,5%	39,0%	2,4%	100,0%
Superior	Desconoce	F	11	27	0	38
		%	25,0%	61,4%	0,0%	86,4%
	Conoce	F	4	2	0	6
		%	9,1%	4,5%	0,0%	13,6%
	Total	F	15	29	0	44
		%	34,1%	65,9%	0,0%	100,0%

ARTÍCULO ORIGINAL

primaria el estilo de afrontamiento predominante es el de preocupación emocional, presentado por 6 personas quienes representan el 60% del grupo. Este grupo lo conforman 10 personas de las cuales ninguna tiene conocimiento sobre la enfermedad. De éstas, 3 personas utilizan el estilo distractivo; 6 el estilo de Preocupación Emocional y solo 1 utiliza más de un estilo.

Para quienes tienen estudios de secundaria, el estilo de afrontamiento predominante es el de la preocupación emocional, presentado por 61 personas quienes representan el 76,3% del grupo. Este grupo

lo conforman 80 personas de las cuales 72 no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 8 si conocen la enfermedad. De los que desconocen la enfermedad 12 personas utilizan el estilo distractivo; 57 el estilo de preocupación emocional y 3 utilizan más de un estilo. De los 8 que conocen sobre la enfermedad 4 utilizan el estilo distractivo y 4 el de preocupación emocional.

Las personas con estudios de nivel técnico el estilo de afrontamiento predominante es el distractivo, presentado por 24 personas quienes representan el 58,5% del grupo. Este grupo lo conforman 41 personas de las cuales 38 no tienen conocimiento sobre la

Tabla 14. Estilo de afrontamiento predominante por ocupación y conocimiento del síndrome de fibromialgia

Ocupación	Información FM		Distractivo	P E.	Más de 1	Total
Estudiante	Desconoce	F	7	6	0	13
		%	50,0%	42,0%	0,0%	92,9%
	Conoce	F	1	0	1	2
		%	7,1%	0,0%	0,0%	7,1%
	Total	F	8	6	0	14
		%	57,1%	42,9%	0,0%	100,0%
Ama de casa	Desconoce	F	5	51	4	60
		%	7,6%	77,3%	6,1%	90,9%
	Conoce	F	3	3	0	6
		%	4,5%	4,5%	0,0%	9,1%
	Total	F	8	54	4	66
		%	12,1%	81,8%	6,1%	100,0%
Dependiente	Desconoce	F	13	21	0	34
		%	32,5%	52,5%	0,0%	85,0%
	Conoce	F	2	4	0	6
		%	5,0%	10,0%	0,0%	15,0%
	Total	F	15	25	0	40
		%	37,5%	62,5%	0,0%	100,0%
Independiente	Desconoce	F	23	24	1	48
		%	44,2%	46,2%	1,9%	92,3%
	Conoce	F	3	1	0	4
		%	5,8%	1,9%	0,0%	7,7%
	Total	F	26	25	1	52
		%	50,0%	48,1%	1,9%	100,0%
Desocupado	Desconoce	F	1	2	0	3
		%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	Conoce	F	0	0	0	0
		%	-	-	-	-
	Total	F	1	2	0	3
		%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%

enfermedad y 3 si conocen la enfermedad. De los que desconocen la enfermedad 23 personas utilizan el estilo distractivo; 14 el estilo de preocupación emocional y 1 utiliza más de un estilo. De los 3 que conocen sobre la enfermedad 1 utiliza el estilo distractivo y 2 el de preocupación emocional.

Para el grupo de personas con estudios de nivel superior el estilo de afrontamiento predominante es el de la preocupación emocional, presentado por 29 personas quienes representan el 65.9% del grupo. Este grupo lo conforman 44 personas de las cuales 38 no tienen conocimiento sobre la enfermedad y 6 si conocen la enfermedad. De los que desconocen la enfermedad 11 personas utilizan el estilo distractivo y 27 el estilo de preocupación emocional. De los 6 que conocen sobre la enfermedad 4 utilizan el estilo distractivo y 2 el de preocupación emocional.

Al analizar los resultados por grupos de ocupación, en la Tabla 14 puede observarse que entre los estudiantes el estilo de afrontamiento predominante es el distractivo, el cual es utilizado por 8 personas que representan a un 57,1% de los estudiantes. Este grupo está conformado por un total de 14 personas de las cuales 13 de ellas (92,9%) no conocen sobre la enfermedad y 2 (7,1%) si la conocen. De los que no conocen el síndrome, 7 personas (50,0%) utilizan el estilo distractivo y 6 (42,9%) utilizan el estilo de la preocupación emocional. De los que conocen la enfermedad, 1 de ellos (7,1%) utiliza el estilo distractivo y 1 utiliza más de un estilo.

En el grupo de amas de casa, el estilo de afrontamiento predominante es el de la preocupación emocional, presentado por 54 personas quienes representan al 81,8% de amas de casa. Este grupo lo conforman 66 personas de las cuales 60 de ellas (90,9%) no conocen sobre la enfermedad y 6 personas (9,1%) si conocen. De las que no conocen el síndrome, 5 personas (7,6%) utilizan el estilo distractivo; 51 (77,3%) utilizan el estilo de la preocupación emocional y 4 personas emplean más de un estilo. De las que conocen la enfermedad, 3 (4,5%) utiliza el estilo distractivo y 3 (4,5%) emplea el estilo de preocupación emocional.

Para los trabajadores dependientes, el estilo de afrontamiento predominante es la preocupación emocional, presentado por 25 personas quienes representan al 62,5% de este grupo. Este grupo lo conforman 40 personas de las cuales 34 de ellas (85,0%) no conocen sobre la enfermedad y 6 personas (15%) si conocen. De las que no conocen el síndrome,

13 personas (32,5%) utilizan el estilo distractivo; 21 (52,5%) utilizan el estilo de la preocupación emocional y ninguna emplea más de un estilo. De las que conocen la enfermedad, 2 (5,0%) utilizan el estilo distractivo y 4 (10,0%) emplean el estilo de preocupación emocional.

En relación con los trabajadores independientes el estilo de afrontamiento predominante es el de distracción, presentado por 26 personas quienes representan al 50% del grupo. Este grupo está conformado por 52 personas de las cuales 48 de ellas (93,2%) no conocen sobre la enfermedad y 4 personas (7,7%) si la conocen. De las que no conocen el síndrome, 23 personas (44,2%) utilizan el estilo distractivo; 24 (46,2%) utilizan el estilo de preocupación emocional y 1 (1,9%) emplea más de un estilo. De las que conocen la enfermedad, 3 (5,8%) utilizan el estilo distractivo y 1 (1,9%) emplea el estilo de preocupación emocional.

Las personas que actualmente están desocupadas presentan como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional, presentado por 2 personas quienes representan al 67% de este grupo. De las que no conocen el síndrome, 1 persona (33,3%) utiliza el estilo distractivo y 2 personas (66,7%) utilizan el estilo de preocupación emocional.

En la tabla 15 al analizar los resultados de acuerdo al tiempo de diagnóstico, se contempla que las personas que desconocen la enfermedad y están diagnosticadas hacen menos de un año con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 59 personas (89,3%) de las cuales 23 personas (34,8%) utilizan el estilo distractivo; 33 personas (50,0%) utilizan el estilo de la preocupación emocional y 3 personas (4,5%) emplean más de un estilo.

Las personas que desconocen la enfermedad y están diagnosticadas entre 1 y 3 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 88 personas (93,6%) de las cuales 22 personas (23,4%) utilizan el estilo distractivo; 64 personas (68,1%) utilizan el estilo de la preocupación emocional y 2 personas (2,1%) emplean más de un estilo.

Las personas que desconocen la enfermedad y están diagnosticadas entre 4 y 6 años con SFM, emplean como estilo de afrontamiento predominante la Preocupación Emocional. Este grupo está conformado por 11 personas (73,3%) de las cuales 4 personas

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 15. Estilo de afrontamiento predominante por tiempo de diagnóstico y conocimiento del síndrome de fibromialgia.

Información FM	Tiempo de Diagnóstico.		Distractivo	Preocupación Emocional	Más de 1	Total
Desconoce	Menos de 1 año	F	23	33	3	59
		%	34,8%	50,0%	4,5%	89,3%
	De 1 a 3 años	F	22	64	2	88
		%	23,4%	68,1%	2,1%	93,6%
	De 4 a 6 años	F	4	7	0	11
		%	26,7%	46,7%	0,0%	73,3%
Total	F	49	104	5	158	
	%	28,0%	59,4%	2,9%	90,3%	
Conoce	Menos de 1 año	F	5	2	0	7
		%	7,6%	3,0%	0,0%	10,6%
	De 1 a 3 años	F	3	3	0	6
		%	3,2%	3,2%	0,0%	6,4%
	De 4 a 6 años	F	1	3	0	4
		%	6,7%	20,0%	0,0%	26,7%
Total	F	9	8	0	17	
	%	5,1%	4,6%	0,0%	9,7%	

(26,7%) utilizan el estilo distractivo y 7 (46,7%) utilizan el estilo de la preocupación emocional.

En el segundo grupo, las personas que conocen la enfermedad y están diagnosticadas hacen menos de un año con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante el distractivo. Este grupo está conformado por 7 personas (10,6%) de las cuales 5 personas (7,6%) utiliza el estilo distractivo y 2 personas (3,0%) emplean la preocupación emocional.

Las personas que conocen la enfermedad y están diagnosticadas entre 1 y 3 años con SF, emplean dos estilos de afrontamiento el distractivo y la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 6 personas (6,4%) de las cuales 3 personas (3,2%) utiliza el estilo distractivo y 3 personas (3,2%) emplean la preocupación emocional.

Las personas que conocen la enfermedad y están diagnosticadas entre 4 y 6 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 4 personas (26,7%) de las cuales 1 persona (6,7%) utiliza el estilo distractivo y 3 personas (20,0%) emplean la preocupación emocional.

En la tabla 16 al analizar los resultados de acuerdo al tiempo de enfermedad, se contempla que

las personas que desconocen la enfermedad y están enfermas entre 0 y 3 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante el distractivo. Este grupo está conformado por 31 personas (83,8%) de las cuales 19 personas (51,4%) utilizan el estilo distractivo; 11 personas (29,7%) utilizan el estilo de la preocupación emocional y 1 persona (2,7%) emplea más de un estilo.

Las personas que desconocen la enfermedad y están enfermas entre 4 y 7 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 61 personas (87,1%) de las cuales 19 personas (27,1%) utilizan el estilo Distractivo; 41 personas (58,6%) utilizan el estilo de la Preocupación Emocional y 1 persona (1,4%) emplea más de un estilo.

Las personas que desconocen la enfermedad y están enfermas entre 8 y 11 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 10 personas (90,9%) de las cuales 1 persona (9,1%) utiliza el estilo distractivo y 9 personas (81,8%) utilizan el estilo de la Preocupación Emocional.

Las personas que desconocen la enfermedad y están enfermas de 12 a más años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación

Tabla 16. Estilo de afrontamiento predominante por tiempo de enfermedad y conocimiento del síndrome de fibromialgia

Información FM	Tiempo de Enfermedad	F / %	D.	PE.	Más de 1	Total	
Desconoce	De 0 - 3 años	F	19	11	1	31	
		%	51,4%	29,7%	2,7%	83,8%	
	De 4 - 7 años	F	19	41	1	61	
		%	27,1%	58,6%	1,4%	87,1%	
	De 8 -11 años	F	1	9	0	10	
		%	9,1%	81,8%	0,0%	90,9%	
	De 12 a más	F	10	43	3	56	
		%	17,5%	75,4%	5,3%	98,2%	
	Total	F	49	104	5	158	
		%	28,0%	59,4%	2,9%	90,3%	
	Conoce	De 0 - 3 años	F	5	1	0	6
			%	13,5%	2,7%	0,0%	16,2%
De 4 - 7 años		F	3	6	0	9	
		%	4,3%	8,6%	0,0%	12,9%	
De 8 -11 años		F	0	1	0	1	
		%	0,0%	9,1%	0,0%	9,1%	
De 12 a más		F		1	0	1	
		%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	
Total		F	8	9	0	17	
		%	4,57%	5,14%	0%	9,71%	

emocional. Este grupo está conformado por 56 personas (98,2%) de las cuales 10 personas (17,5%) utilizan el estilo distractivo; 43 personas (75,4%) utilizan el estilo de la preocupación emocional y 3 personas (5,3%) emplean más de un estilo.

En el segundo grupo, las personas que conocen la enfermedad y están enfermas entre 0 y 3 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante el distractivo. Este grupo está conformado por 6 personas (16,2%) de las cuales 5 personas (13,5%) utiliza el estilo distractivo y 1 persona (2,7%) emplea la preocupación emocional.

Las personas que conocen la enfermedad y están enfermas entre 4 y 7 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 9 personas (12,9%) de las cuales 3 personas (4,3%) utilizan el estilo Distractivo y 6 personas (8,6%) utilizan el estilo de la preocupación emocional.

Las personas que conocen la enfermedad y están enfermas entre 8 y 11 años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la Preocupación Emocional. Este grupo está conformado por 1 persona (9,1%) la cual utiliza el estilo de la preocupación emocional.

Las personas que conocen la enfermedad y están enfermas de 12 a más años con SF, emplean como estilo de afrontamiento predominante la preocupación emocional. Este grupo está conformado por 1 persona (0,1%) la cual utiliza el estilo de la Preocupación Emocional.

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados evidencia que el 90% de participantes desconoce la enfermedad que padece, este escenario posiblemente se asocia con la idea de cronicidad y pobre control sobre la situación, sumado a factores del propio contexto y de difícil manejo (Tabla 5).

ARTÍCULO ORIGINAL

Los estilos de afrontamiento más empleados en personas con FM son principalmente la preocupación emocional y en menor grado la distracción. Las conductas de tipo emocional se relacionan con emociones de rechazo, enfado, frustración, ansiedad frente a la experiencia de enfermedad (Tabla 7). Estos datos se apoyan en investigaciones realizadas con personas con problemas de salud crónica, que describen ser emocionalmente más susceptibles y padecer depresión, molestia y ansiedad (Endler et al. 1993). Otras referencias señalan que en pacientes con dolor crónico es frecuente la presencia de distorsiones cognitivas, básicamente similares a las de pacientes deprimidos (Madrid-Arias, 1987).

Con relación al tercer objetivo, en el que se plantea que los estilos de afrontamiento utilizados por personas con FM difieren de acuerdo a factores de edad, sexo, tiempo de enfermedad, tiempo de diagnóstico, nivel de instrucción, entre otros; los resultados muestran que las personas según el grupo de edad tienen distintos estilos de afrontamiento frente a la enfermedad, evidenciándose que para el grupo de menor edad, el estilo de afrontamiento predominante es la distracción, mientras que para el grupo de mayor edad el estilo predominante es la preocupación emocional (Tabla 10). La correspondencia entre la edad de las personas y el tipo de estrategias empleadas, se explica en razón de que a medida que pasan los años se generan cambios en el proceso de vida, que inducen al desarrollo de más y mejores planes de acción frente a nuevas fuentes de amenaza o estrés. En esta línea, la teoría del aprendizaje social sugiere que las expectativas de eficacia van a influir en el ajuste individual a nuevas situaciones y, en relación al manejo del dolor una persona con una alta autoeficacia llevará a cabo conductas de afrontamiento adecuadas con la consiguiente mejora en su adaptación y bienestar (Bandura, 1982).

Se observa también que el género marca una clara diferencia en la forma de enfrentar la enfermedad. Los varones mayormente optan por la distracción como estilo de afrontamiento, eligen la búsqueda y compañía de otras personas, hacen planes para el futuro, recuerdan tiempos mejores, aliviando emocionalmente la situación de dolor; a diferencia de las mujeres, quienes sienten emociones de rechazo, enfado, frustración y ansiedad. Sin embargo no se pueden generalizar los resultados, porque existe una minoría que se diferencia en el mismo grupo de estudio (Tabla 11).

El análisis muestra que indistintamente al estado

civil, el estilo de afrontamiento predominante en los pacientes es la preocupación emocional (Tabla 12). La importancia del estado civil, en relación con las estrategias de afrontamiento, radica en el apoyo social durante el proceso de enfermedad, el cual puede implicar apoyo de tipo emocional, informativo, instrumental y hasta material. En el caso de la FM este hecho es importante porque la comprensión, colaboración y tolerancia frente al sufrimiento del paciente, involucran emocionalmente a la familia y repercute en la vida del paciente y los allegados a él. Igualmente, los datos nos indican una correlación particular entre la representación cognitiva de la enfermedad y el nivel de instrucción de los evaluados, observándose que las personas con instrucción primaria, secundaria y superior tienden mayormente a la preocupación emocional, a diferencia de los que tienen formación técnica, quienes en un mayor porcentaje se inclinan por un estilo distractivo (Tabla 13). Estos datos posiblemente se relacionen con características de personalidad e intereses personales. No se han encontrado datos que hagan referencia a esta asociación, sin embargo, el nivel de instrucción de un individuo constituye un elemento de análisis importante porque define en buena medida, la cantidad y calidad de información que recibe, aunque no necesariamente su mayor o menor comprensión.

En relación con el tipo de ocupación que ejerce la persona, esta no parece ser un factor influyente en el estilo de afrontamiento asumido frente a la enfermedad, porque indistintamente a las tareas que ejercen, el estilo asumido ha sido la preocupación emocional (Tabla 14). Posiblemente, la inseguridad laboral, el desmejoramiento de la calidad de vida, los conflictos sociales y familiares entre otros, son factores que definen el clima de tensión en el que los sujetos se deben desenvolver cotidianamente y es posible que de esta manera se explique la confluencia en el estilo de afrontamiento frente a la enfermedad.

Al analizar el factor tiempo de diagnóstico, el cual se sabe que en la mayoría de los casos es posterior al descarte de muchas otras enfermedades a lo largo de muchos meses o años, los resultados indican que aproximadamente durante el primer año de conocido el diagnóstico la persona mantiene un estilo de afrontamiento distractivo el cual cambia enfocándose en la preocupación emocional (Tabla 15). Al respecto la pauta encontrada ha sido que cuando se originan situaciones de estrés de forma aguda o crónica las personas tratan de afrontarlas de manera que origine el menor impacto posible a su salud física y psicológica

ARTÍCULO ORIGINAL

utilizando determinadas estrategias de afrontamiento que pueden o no ser útiles a los fines propuestos y pueden darse en forma de mecanismos de defensa, en consecuencia la ansiedad y las respuestas de estrés aparecen cuando no se encuentra la estrategia adecuada o la alternativa deseada en el momento preciso. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Los datos relacionados al tiempo de enfermedad indican que en la etapa inicial hasta aproximadamente los tres primeros años de padecimiento, las personas tienden a asumir un estilo de afrontamiento distractivo, el que posteriormente cambia hacia la preocupación emocional, manteniéndose en el tiempo (Tabla 16). Resulta de particular interés en este punto, considerar que las enfermedades crónicas representan para la mayoría de los individuos una situación generadora de estrés porque implican cambios sustanciales en el estilo de vida. Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado para la persona, la cual experimenta una serie de reacciones emocionales que a lo largo del tiempo van a influir en su forma de evaluar su realidad, desde la aceptación del diagnóstico hasta tal vez su negación, rechazándolo. Cada individuo al perder su bienestar trata de encontrar un significado a su enfermedad y de acuerdo a sus vivencias y condiciones evaluará el sentido de la enfermedad en su vida, de esta manera la evaluación cognitiva del enfermo a cerca de su padecimiento dirigirá su comportamiento hacia un particular estilo de afronte (Pelechano et al. 1994).

Aún es poca la información relacionada a la severidad del FM, el diagnóstico no especifica la extensión de la condición y se estima que muchas personas con FM y bajo grado de dolor no buscan ayuda profesional, a diferencia de otras que tienen dolor significativo, esto indica que probablemente altas tasas de dolor se correlacionan con altos grados de impacto en la calidad de la vida de estos pacientes.

Finalmente, estos datos permiten concluir que existen diferencias importantes en la manera de adaptarse a las mismas situaciones estresantes o difíciles, lo que significa que mientras algunas personas son capaces de adaptarse fácilmente a situaciones estresantes, otras en cambio tienen enormes dificultades para adecuar su comportamiento y experiencias emocionales a la misma situación. Algunos de los factores que podrían explicar estas diferencias en la adaptación a los mismos problemas objetivos, serían la edad, el género, la historia individual, la experiencia previa con situaciones similares, el apoyo social, las expectativas

de los sujetos, factores de personalidad, entre otros.

Los resultados, los resultados indican que para la muestra los estilos de afrontamiento en la enfermedad y el conocimiento de FM no se relacionan positivamente; el síndrome es desconocido para la mayoría de los pacientes evaluados; y el estilo de afrontamiento predominante es la preocupación emocional. Del mismo modo, las diferencias entre los estilos de afrontamiento y los factores de edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, tiempo de enfermedad y tiempo de diagnóstico no son claros, sólo se encontró asociación con el género.

CONCLUSIONES

1. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento del síndrome de fibromialgia y los recursos de afrontamiento en la enfermedad en los participantes.
2. Los datos revelan que el conocimiento del síndrome de fibromialgia que los pacientes-sujetos del estudio poseen es insuficiente para considerar que conocen la enfermedad.
3. En el proceso de adaptación a la enfermedad se identifican dos recursos de afrontamiento, la preocupación emocional con la que se identifica más al grupo femenino y el estilo distractivo presente entre el grupo de varones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 119-126.
2. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
3. Borrás, A., Palou, P., Ponseti, F.X. & Cruz, J. (2003). Promoción de la deportividad en el fútbol en edad escolar: Evaluación de los comportamientos relacionados con el fairplay. En: Márquez, S. (Coord.), *Psicología de la actividad física y el deporte: Perspectiva latina*. León: Universidad de León.
4. Bosch E., Saénz N. & Valls M. (2002). Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Atención Primaria*, 2002, 30, 16-21.
5. Brengelman, J.C. (1986). Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Psychological Assessment*, 2, 47-77

ARTÍCULO ORIGINAL

6. Calabozo, M., Llamazares, A., Muñoz, M. & Alonso-Ruiz, A. (1990). Síndrome de Fibromialgia (Fibrositis): Tan Frecuente como Desconocido. *Medicina Clínica*, 94(5), 173-175.
7. Carmona, A. (1999). Experiencia en Terapia Psicológica en la Clínica Puerta de Hierro Conferencia Informativa sobre Fibromialgia. Madrid. España. (Citado en marzo del 2008) URL disponible en: http://www.afibrom.org/qcd932/estatico/guia_conferencia4.pdf
8. Endler, N.S. & Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
9. Endler, N.S., Parker, J.D.A. & Summerfeldt, L.J. (1993). Coping with health problems: Conceptual and methodological issues. *Journal of Behavioral Science*, 25, 384-399.
10. Endler, N. S., Courbasson, C. M. A. & Fillion, L. (1998). Coping with cancer: the evidence for the temporal stability of the French-Canadian version of the Coping with Health Injuries and Problems (CHIP). *Personality and Individual Differences*, 25(4), p. 711-717.
12. Fernández-Collado, C. & Dahnke, G. (comps.) (1986). *La Comunicación Humana: Ciencia social*. México DF: Editorial Mc Graw Hill.
13. Fernández-Abascal, E. G. & Palmero, F. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel.
14. García-Campayo, J., & Pascual-López, A. (2006). Aprender a vivir con fibromialgia. Barcelona: Edikamed.
15. Keefe, J., Caldwell, D.S., Martinez, S., Nunley, J., Beckman, J.C. & Williams, D.A. (1991). Analyzing pain in rheumatoid arthritis patients. Pain coping strategies in patients who have had knee replacement surgery. *Journal of Rheumatology Pain*. 46(2): 153-160
16. Lawson, K., Reesor, K., Keefe, F. & Turner, J. (1990). Dimensions of pain-related cognitive coping: Cross-validation of the factor structure of the coping strategy questionnaire. *Pain*, 43, 195-204.
17. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
18. Madrid-Arias, J.L. (1987). *Clínica del dolor insoportable*. Madrid: Idepsa.
19. Martínez M., (2007) La relación médico-paciente en el contexto de la fibromialgia. Tribulaciones y propuestas. *Reumatología Clínica*, 3, 53.
20. National Fibromyalgia Partnership (1998). Fibromialgia síntomas y diagnóstico (Internet). Linden, VA: National Fibromyalgia Partnership. (Citado en Noviembre del 2002) URL disponible en: http://www.fmpartnership.org/articles/Fibromialgia_Sintomas_y_diagnostico-unlocked.pdf
21. Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
22. Orozco, L. & Vinaccia, S. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137
23. Pelechano, V., Matud, M.P., & De Miguel, A. (1994). *Personalidad, Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
24. Raymond, M.C. & Brown, J. (2000). Experience of fibromyalgia. Qualitative study. *Can Fam Physician*, 46, 1100-6.
25. Rosentiel, A.K. & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in low-back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Journal of Musculoskeletal Medicine Pain*, 17, 33-40.
26. Sánchez-Canovas, J. & Sánchez López, M.P. (1994). Personalidad, estrés y salud. En: Sánchez-Canovas, J. *Psicología Diferencial: Diversidad e Individualidad Humanas*. Madrid: Editorial Universitaria Ramon Areces.
27. Vallejo, M.A., Comeche, M., Ortega, J., Rodríguez, M. & Díaz, M. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2(2), 28-34.
28. Wade, J.B., Dougherty, L.M., Hart, R.P. & Rafii, A. (1992). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering and pain behavior. *Pain*, 51, 67-73.
29. Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C. & Goldenberg, D.L. (1990). The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of a Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33(2), 160-72.