

# Estudio correlacional sobre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena

## A correlational study on familiar functioning and severity of symptoms in patients with fibromyalgia diagnosis in a sample of voluntary participants of Chilean nationality

Sandro Giovanazzi Retamal<sup>a</sup>, René Barraza López<sup>b</sup>, Lorena Díaz Zepeda<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Universidad Santo Tomás, Sede La Serena, Chile. Escuela Sistémica de Chile. [sgiovanazzi@santotomas.cl](mailto:sgiovanazzi@santotomas.cl), <sup>b</sup>Universidad Central, Sede La Serena, Chile. [rene.barraza@ucentral.cl](mailto:rene.barraza@ucentral.cl), <sup>c</sup>Psicóloga Clínica. [lorena.diaz.zepeda@gmail.com](mailto:lorena.diaz.zepeda@gmail.com)

### Historia editorial

Recibido: 02-06-2017

Primera revisión: 02-06-2017

Aceptado: 05-06-2017

### Palabras clave

fibromialgia, funcionamiento familia, cohesión, adaptabilidad, severidad de síntomas, calidad de vida.

### Keywords

fibromyalgia, familiar functioning, cohesion, adaptability, severity of symptoms, life quality.

### Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo relacionar el funcionamiento familiar y la severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016. Se utilizó como sustento teórico el *Modelo circunplejo* de David Olson, desprendiendo de ello las dimensiones adaptabilidad y cohesión. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo-correlacional en una población de 91 personas con diagnóstico médico de fibromialgia, muestra adquirida de la población general que accedió de manera voluntaria a participar. Para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas, la escala de funcionamiento familiar FACES 20 esp, y el *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) versión en español. El programa utilizado para el posterior análisis de los datos fue el SPSS V. 21. Los resultados apuntan a que existe una relación significativa entre las variables (cohesión, adaptabilidad, severidad de síntomas), concluyéndose que a mayor adaptabilidad y cohesión en la familia, disminuiría la severidad de los síntomas de quienes padecen el Síndrome de fibromialgia.

### Abstract

This investigation took as a target to relate the familiar functioning and the symptoms severity in patients to fibromyalgia diagnosis in a sample of voluntary participants of Chilean nationality, in the year 2016. The Circumplex Model of David Olson was used as a theoretical support, detaching of it the dimensions adaptability and cohesion. The methodology used was descriptive -correlational in a population of 91 persons with medical diagnosis of fibromyalgia, acquired sample of the general population who agreed in a voluntary way to take part of this. For the collection of data was applied a questionnaire of socio-demographic characteristics, the scale of familiar functioning FACES 20 Esp and Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Spanish version. The program used for the later analysis of the information was the SPSS V. 21. The results suggest that there is a significant relationship between the variables (cohesion, adaptability, severity of symptoms), concluding that to greater adaptability and cohesion in the family it would diminish the severity symptoms of those suffering from fibromyalgia syndrome.

Durante la última década se ha constatado un notorio aumento en un cuadro clínico novedoso y sumamente resistente a la sistematización diagnóstica tradicional, denominado *síndrome de fibromialgia*. Este se define como un “síndrome de dolor crónico, caracterizado por dolores musculoesqueléticos, rigidez matutina, cansancio, trastornos del sueño y afectivos” (Herrmann, Geigges & Schonecke, 1996 en Bornhauser & Csef, 2005). Existe gran desconocimiento de la fisiopatología del síndrome; la teoría más aceptada es que se trata de un trastorno de la modulación del dolor que ocasiona una disminución del dintel de percepción nociceptivo y por tanto, genera una hipersensibilidad dolorosa (Price & Staud, 2002). En cuanto al componente psicológico de este cuadro, gran cantidad de autores cree que es similar al que se observa en otras personas con dolor crónico, considerando que podría tratarse de una patología esencialmente psiquiátrica (Ubago, 2005). El Colegio Americano de Reumatología (1990), señaló tres criterios a considerar para su diagnóstico: la presencia de dolor difuso crónico por más de tres meses, dolor a la presión en al menos once de los dieciocho puntos elegidos y ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.

Respecto a estadísticas mundiales se considera más frecuente en mujeres (73-78%) que en hombres, con una media de edad en el momento inicial del cuadro, que va desde los 34 a los 57 años. Los síntomas y el curso natural del síndrome son crónicos aunque existen constataciones de que no es una patología progresiva ni mortal (Okifuji, Turk, 1999 en Soucase, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2004).

En Chile, aunque no existen estudios epidemiológicos, se calcula que podrían estar afectados entre el 1% y el 2% de la población general, pudiendo manifestarse a cualquier edad, incluso en niños y adolescentes. La fibromialgia es una de las causas de consulta más frecuente en Reumatología (Janal, Nayak, Schwartz y Gallagher, 2006). En Chile las consultas particulares de reumatología por fibromialgia llegan al 26,75 % (Radrihan, 2010), situación por la que en mayo del 2016, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) publicó las *Orientaciones técnicas del abordaje del síndrome*, donde se expone que afecta al 2-5% de la población general, suele aparecer entre los 30-50 años y se diagnostica unas nueve veces más en mujeres que en hombres.

Según registros internos de la Corporación de fibromialgia de Chile (en Durán, 1996), los casos inscritos entre el año 2000 y septiembre del año 2014 alcanzan un total de 6.559 según la siguiente distribución por rango etario: 6.284 casos entre los 35 y 55 años de edad (5.795 mujeres y 489 hombres), 23 niños y niñas entre los 9 y 12 años, 52 adolescentes entre 14 y 21 años y 200 adultos jóvenes entre 22 y 34 años. La fibromialgia, como otros problemas de salud que presentan dolor crónico, puede producir diferentes consecuencias en la vida de la persona que la padece, como fatiga, trastornos del sueño, problemas emocionales/cognitivos (depresión y ansiedad, alteraciones en la concentración y disminución de la memoria), limitaciones en la actividad, en el trabajo (reducción de las actividades cotidianas y de ocio, reducción de la actividad física, interrupción de la promoción profesional o educativa) y problemas sociales (relaciones familiares y de amistad alteradas y aislamiento social) generando un desequilibrio familiar que pone en riesgo el mantenimiento y calidad de sus relaciones en este contexto (Arnold, Crofford, Mease, Burgess, Palmer, Abetz, 2008).

En consideración a esta problemática, es que se ha determinado generar este estudio con el propósito de investigar si existe relación entre la forma en que funciona la familia y el incremento o aumento en la severidad de síntomas. Lo anterior se basa en el constructo de funcionamiento familiar, el cual es descrito en dos dimensiones, la cohesión y la adaptabilidad de la familia, hipotetizando que a mayor cohesión y adaptabilidad menor severidad de los síntomas de quien padece el síndrome.

Hasta el momento no existen estudios que investiguen las variables funcionamiento familiar y su relación con la severidad de los síntomas, sin embargo existen diferentes estudios que sustentan la importancia de la familia en enfermedades de dolor crónico (Alegre, García, Florez, Gómez, Blanco, Gobbo, Pérez, Martínez, Vidal, Altarriba, y Gómez, 2010). Asimismo Nicasio (2001) en su

estudio sobre el perfil psicológico de pacientes con fibromialgia refiere que en este síndrome como en otros cuadros de dolor crónico, las creencias, estrategias de afrontamiento, estabilidad y tensión emocional, así como la respuesta del entorno familiar y social tienen una gran repercusión en el perfil psicológico de quien padece el síndrome. Nicasio (2001) argumenta que los pacientes con fibromialgia han tenido una red de relaciones sociales mucho más escasa y vínculos sociales mucho más negativos que el resto de la población.

Martínez, González y Crespo (2003) asocian la depresión al 50% de los consultantes con fibromialgia sea previa o concomitante al síndrome, observándose que la psicopatología se puede correlacionar con la duración e intensidad del dolor, atribuyéndose que el significado de la situación, la forma como el consultante construye y atribuye significado a lo que le acontece, también influye en su percepción del dolor, su conducta y las interpretaciones del problema generando repercusiones en la forma en cómo presentan los síntomas a su entorno familiar (Merayo, Cano y Rodríguez, 2008).

García-Bardón (2006), refiere en cuanto a los problemas psicosociales y ambientales que afectan a las personas con fibromialgia, que el 68,7% de los consultantes tiene problemas psicosociales asociados al grupo primario de a lo menos dos años antes de la realización del diagnóstico. El gran desconocimiento sobre el síndrome genera incompreensión en el entorno familiar y social, provocando en el individuo afectado disminución de su autoestima, frustración y ansiedad al ver disminuida su calidad de vida, repercutiendo todo esto en su entorno más cercano (Merayo, Cano y Rodríguez, 2008).

Dichos datos son interesantes para el análisis sobre la repercusión que tiene el síndrome en el entorno familiar y como éste, en su funcionamiento, se relaciona posiblemente con la severidad de los síntomas de quien padece fibromialgia. Existen investigaciones en las que se observa una relación entre los patrones de interacción familiar y algunas enfermedades que implican dolor crónico evidenciando que los miembros de las familias que con mayor frecuencia presentan esta sintomatología, proviene de familias con interacciones en las que predomina una comunicación evitativa y negativa (Sayre, 2005 en Rivero-Lazcano, Martínez- Pampliega, e Iraurgi, 2011).

La familia es, para el individuo, el contexto en donde se entregan las primeras condiciones para el desarrollo favorable y saludable de su personalidad así como para su desarrollo social. Para el logro de este propósito, la familia debe cumplir adecuadamente con sus funciones, ello se conceptualiza como funcionamiento familiar (Arés, 2007 en Ferrer-Honores, 2013). Como señala Hasset (2000), se consideran factores de importancia para la familia, la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia, así como situaciones de abuso y maltrato a lo largo de sus vidas.

Para David Olson (en Ferrer-Honores, 2013), la definición de funcionamiento familiar está relacionada con la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión), y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el propósito de superar dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad) (Olson, Russell, Sprenkle, 1989 en Ferrer-Honores, 2013). Se utiliza como sustento esta teoría, puesto que contempla las situaciones que atraviesa la familia durante el ciclo vital y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr la adaptación y cohesión, que les permita una mejor estabilidad para el desarrollo de sus miembros.

En ocasiones el funcionamiento familiar puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, como es el caso de que exista uno de los miembros con fibromialgia, considerando que a pesar de que el síndrome se considera un problema médico, podría tratarse fundamentalmente de un problema familiar, ya que el consultante es un miembro de la familia que provocara cambios y transformaciones en el contexto familiar, y que esencialmente necesita el apoyo necesario para obtener una buena calidad de vida (Alegre, et. al. 2010).

Hace interesante el estudio de este cuadro clínico, ya que lo los quiebres, duelos y/o rupturas en el sistema familiar generan gran repercusión psicológica en estos aspectos para los individuos que padecen de FM, y a la vez, existe un aumento significativo en los síntomas cuando no existe apoyo y educación sobre la enfermedad en el entorno familiar (Ubago, Ruíz, Bermejo, Olry y

Plazaola, 2005). Por esto, se plantea como objetivo general de esta investigación, correlacionar el funcionamiento familiar y la severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016.

## 2. MÉTODO

Este estudio tuvo un diseño de investigación no experimental, alcance descriptivo, transversal, utilizando un tipo de análisis correlacional.

### PARTICIPANTES

La muestra fue de tipo no probabilístico y estuvo compuesta por una poblacional total de 91 participantes diagnosticados con fibromialgia que accedieron a contestar los cuestionarios de manera voluntaria y confidencial, siendo el 95,2% de sexo femenino y el 4,8% de sexo masculino, en un rango etario de 25 a 65 años de edad, obteniéndose como media etaria 45,2. Los criterios de inclusión corresponden a toda persona que haya sido diagnosticada en instituciones públicas o privadas con Síndrome de fibromialgia, todos sean mayores de 18 años y menores de 70 años, en cuanto a los criterios de exclusión corresponde a menores de edad con dicho diagnóstico y quienes aún se mantuvieron en sospecha diagnóstica. Se contó con 62 participantes que completaron los cuestionarios de manera presencial tras ser informados sobre su consentimiento y 29 participantes voluntarios de diferentes regiones de Chile que completaron los cuestionarios vía internet previo envío de consentimiento.

### MATERIALES

Se realizó a los participantes una entrevista inicial para la obtención de información sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, situación laboral, tiempo de emisión de diagnóstico, apoyo psicológico, acontecimiento traumático, repercusión de la enfermedad en la familia, redes de apoyo, apoyo familiar).

Asimismo, se administraron los siguientes cuestionarios:

- *Escala breve de funcionamiento familiar* FACES 20ESP adaptado (Garrido y Palma, 2011): Esta prueba consta de 20 ítems, 10 ítems para la dimensión cohesión, y 10 para adaptabilidad (Olson, 1988). En cuanto a la dimensión de cohesión, los ítems corresponden a las siguientes variables del funcionamiento familiar: los ítems 11 y 19, evalúan unión emocional, que se refiere al grado de conexión que el individuo percibe en relación con su sistema familiar; los ítems 1 y 17 refieren el apoyo o soporte emocional; los ítems 5 y 7 apuntan hacia los límites familiares (tanto internos como externos); mientras que los ítems 3 y 9 representan el tiempo dedicado a la familia, el espacio físico disponible para encuentros familiares a los amigos y amigas en común que tenga la familia, etc. Por último, los ítems 13 y 15 implican el grado de participación individual en las actividades e intereses compartidos por el grupo familiar. Mientras que en la dimensión de adaptabilidad se incluyen los ítems 8 y 18 referentes al liderazgo, los ítems 2 y 12 evalúan el grado de control. La variable disciplina es evaluada en los ítems 4 y 10; por último, consideramos los roles y reglas incluidos en los ítems 8, 14, 16 y 20 (Zicavo, Palma y Garrido, 2011).
- *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ): Evalúa el impacto del síndrome de fibromialgia en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que ha afectado esta actividad así como ítems subjetivos muy relacionados con el cuadro; dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez y con el estado emocional (ansiedad y depresión). Sus ítems fueron extraídos de la interacción clínica con los pacientes y de otros instrumentos de valoración del estado de salud de los pacientes reumatológicos. Incluye 6 escalas visuales analógicas (EVA) para evaluar el dolor, la fatiga, el cansancio matutino, la rigidez, la ansiedad y la depresión.

Además, se puede obtener una escala total FIQ al sumar las subescalas normalizadas. El FIQ consta de 10 ítems con escalas que van desde 0 (“mejor estado posible o ningún impacto de la enfermedad”) a 10 (“peor estado posible o muy afectado por la enfermedad”; (Garrido y Palma, 2011).

## PROCEDIMIENTO

Previo relleno de los cuestionarios FACES 20 ESP y FIQ versión en español por parte de los participantes tanto de manera presencial como vía internet. Se llevó a cabo el análisis de los datos a través del programa computacional SPSS V. 21 en el que se realizó el análisis de correlaciones bivariadas a través de R de Pearson, análisis por categoría y estadísticos descriptivos de media, desviación típica, asimetría y curtosis.

## 3. RESULTADOS

En cuanto a las variables sociodemográficas, las edades fluctúan entre los 25 y 65 años, siendo la media de edad 45 años, respecto al sexo de los participantes el 95% es de sexo femenino y el 4.8% sexo masculino, en cuanto al estado civil el 32% es soltero, 38% casado, el 6% conviviente y el 12% separado. El nivel educacional de los participantes es en un 44% enseñanza media completa, 35% enseñanza media incompleta y el 21% cuenta con estudios superiores. Respecto a su situación laboral el 19% mantiene trabajo con contrato fijo, 15% realiza trabajos esporádicos, el 42% se encuentra cesante y el 12% se encuentra jubilado por discapacidad. Respecto al diagnóstico de la enfermedad el 92% de los participantes fue diagnosticado hace más de un año, el 58% no cuenta con apoyo psicológico, el 90% ha sufrido algún acontecimiento traumático a lo largo de su vida, el 51% cuenta con redes de apoyo, el 82% consideró que el síndrome ha generado repercusiones en la rutina familiar y el 73% expresa que cuenta con algún tipo de apoyo familiar.

Al establecer los niveles de las variables cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016, se aprecian los siguientes resultados (Ver tabla 1):

Tabla 1. Estadísticos descriptivos en relación a las escalas del cuestionarios FACES 20esp y Fibromyalgia Impact Questionnaire.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.	Asimetría		Curtosis	
						Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
Total cohesión	91	7	40	28,13	9,216	-,556	,253	-,857	,500
Total adaptabilidad	91	3	40	22,90	10,252	-,268	,253	-1,066	,500
Total severidad de síntomas	91	18	91	61,73	14,247	-,618	,253	1,006	,500
N válido (según lista)	91								

En la tabla 1 se observa que la media se ubica en valores entorno a los 28,13 puntos en el total de cohesión, 22,90 en el total de adaptabilidad y 61,73 en el total de severidad de síntomas. Respecto a la desviación estándar se aprecia un total de 9,21 en el total de cohesión, 10,25 en el total de adaptabilidad y 14,24 en el total de severidad de síntomas evidenciando una distribución simétrica y curtosis dentro de los parámetros de normalidad (-2, +2).

Respecto a la categoría cohesión, se arrojaron los siguientes resultados (Ver tabla 2):

Tabla 2. Resultados categoría cohesión

**Categoría cohesión**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DESLIGADA	23	25,3	25,3	25,3
	SEPARADA	15	16,5	16,5	41,8
	CONECTADA	11	12,1	12,1	53,8
	AGLUTINADA	42	46,2	46,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

En los resultados de la tabla 2 se aprecia que el 25,3% de los participantes encuestados consideran que su familia es de tipo desligada, el 16,5% separada, el 12,1% conectada y el 46,2% considera que su familia es de tipo aglutinada.

En la categoría adaptabilidad, se apreciaron los siguientes resultados (Ver tabla 3):

Tabla 3. Resultados categoría adaptabilidad

**Categoría adaptabilidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RIGIDO	31	34,1	34,1	34,1
	ESTRUCTURADO	17	18,7	18,7	52,7
	FLEXIBLE	26	28,6	28,6	81,3
	CAOTICO	17	18,7	18,7	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

La tabla 3 muestra que el 34,1% de los participantes encuestados consideran que su familia se comporta de manera rígida al momento de generar adaptación frente a los cambios, el 18,7% se comporta de manera estructurada, el 28,6% flexible y el 18,7% caótico. En la categoría severidad de síntomas, se observaron los siguientes resultados (Ver tabla 4):

Tabla 4. Resultados categoría severidad de síntomas en fibromialgia

**Categoría severidad de síntomas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LEVE	15	16,5	16,5	16,5
	MODERADO	33	36,3	36,3	52,7
	SEVERO	37	40,7	40,7	93,4
	EXTREMO	6	6,6	6,6	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

En la tabla 4 se aprecia que el 16,5% de los participantes considera que la fibromialgia ha impactado de forma leve su calidad de vida, el 36,3% considera que ha impactado de manera moderada, el 40,7% de forma severa y el 6,6% consideran que ha impactado en forma extrema.

Al determinar la relación las variables de cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena en el año 2016 se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Resultados análisis correlacional entre las variables cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas (R de Pearson)

		Total cohesión	Total adaptabilidad
Total severidad de síntomas	Correlación de Pearson	-,239*	-,235*
	Sig. (bilateral)	,023	,025
	N	91	91

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

La tabla 5 muestra que existe una relación inversamente proporcional y significativa entre el funcionamiento familiar en sus dimensiones de cohesión ( $r=-,239$ ;  $p<0,05$ ) y adaptabilidad ( $r=-,235$ ;  $p<0,05$ ) en relación a la severidad de síntomas de personas con diagnóstico de fibromialgia.

#### 4. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre funcionamiento familiar y severidad de síntomas en pacientes con diagnóstico de fibromialgia en una muestra de participantes voluntarios de nacionalidad chilena, a partir de este objetivo se hizo necesario corroborar la hipótesis de que a mayor cohesión y adaptabilidad menor severidad en los síntomas en las personas con diagnóstico de fibromialgia. Los resultados obtenidos indican que se acepta la hipótesis de trabajo en cuanto fue posible demostrar la existencia de una relación entre la variable adaptabilidad, cohesión y severidad de síntomas.

Esto es concordante con lo propuesto por quienes refieren que el síndrome al generar incompreensión por parte del entorno familiar provoca en el individuo una serie de afecciones tales como ansiedad y frustración al ver disminuida su calidad de vida. Garrido y Palma, (2011) constatan la existencia de una relación entre los patrones de interacción familiar y enfermedades que implican dolor crónico advirtiendo que los miembros de las familias que con mayor frecuencia presentan esta sintomatología provienen de un entorno familiar con interacciones negativas. Ubago et al. (2005), refieren que los quiebres, duelos y/o rupturas en el sistema familiar generan gran repercusión psicológica en los individuos que padecen de fibromialgia, a la vez que aumenta significativamente los síntomas cuando no existe apoyo y educación sobre la enfermedad en el entorno familiar. Ante ello la comprensión de esta problemática a través del modelo circuplejo de Olson pueden ser útiles para el trabajo multidisciplinario del síndrome tanto en instituciones públicas como privadas en razón de que la adaptabilidad de una familia entendida como “la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo” (Polaino y Martínez Cano, 2006 en Ferrer- Honores, 2013).

Por lo anterior, si se logra generar de manera flexible la adaptación, traería aparejado un beneficio en la disminución de los síntomas del miembro del sistema que se encuentra incapacitado para realizar sus actividades de la vida diaria de manera eficiente, por lo que, se asume que a mayor adaptabilidad de la familia a la enfermedad disminuye la severidad en los síntomas puesto que el generar cambios en los estilos de negociación, asertividad, control, relación de roles y reglas en las relaciones favorecería la calidad de vida tanto de quien padece el síndrome como de su entorno familiar. En cuanto a la cohesión definida como “el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan” (Polaino y Martínez Cano, 2006 en Ferrer- Honores, 2013), si se logra generar de forma saludable, es decir, que permita

que los miembros de la familia se encuentren conectados entre sí, generaría que el integrante de la familia con fibromialgia se sienta acogido y apoyado por el sistema familiar de acuerdo a una adecuada vinculación emocional, límites, tiempo, espacio y toma de decisiones en este contexto.

Los resultados obtenidos en el presente estudio deben ser interpretados con cierta cautela dadas algunas limitaciones, como el diseño elegido, al ser un estudio correlacional podemos conocer que existe relación entre las variables adaptabilidad, cohesión y severidad de síntomas, sin embargo, no se logra conocer en los resultados la relación causa - efecto, esta dificultad es la razón por la que muchos investigadores abogan por el empleo de experimentos, donde las inferencias causales pueden realizarse con mayor seguridad. A propósito de este respecto se sugiere añadir variables como tipo de comunicación, satisfacción familiar o nivel de bienestar emocional con la finalidad de enriquecer los estudios acerca de esta patología, además de explorar las variables desde un enfoque cualitativo con la intención de recopilar datos acerca de la comprensión individual de la problemática en base a la familia y ampliar la perspectiva hacia el conocer la visión del entorno familiar acerca del miembro que padece el síndrome.

Como conclusión, en relación a la muestra estudiada se puede establecer que las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y severidad de síntomas se relacionan con variables sociodemográficas como la falta de apoyo psicológico, el acaecimiento de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida, escasez de redes de apoyo y las repercusiones que ha generado el síndrome en la rutina familiar, variable de gran relevancia para el estudio en consideración, ya que se encontró en el 82% de los participantes, situación ante la que se reitera la importancia del tratamiento psicológico para este síndrome. Aun cuando no existan todavía aproximaciones que permitan conocer su etiología, el tratamiento psicológico es clave para la disminución de problemáticas incluso desde la perspectiva biopsicosocial, lo que implica la necesidad de mantener apoyo psicológico y proponer como línea de intervención la terapia familiar sistémica con el propósito de disminuir las afecciones psicológicas y en la historia vital de quienes padecen el síndrome, además de generar espacios de psicoeducación donde se pueda entregar información a la familia sobre dicha patología, ello puede contribuir a generar movimientos en la familia y a prevenir y disminuir la sintomatología de carácter psicológico ayudando a quien la padece a integrar incluso estrategias de afrontamiento en colaboración de la familia, guiándonos por las directrices entregadas por el modelo circunplejo de Olson en relación a mejorar y prevenir dificultades en el funcionar de las familias con alguno de sus integrantes con fibromialgia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, C., García, J., Florez, M., Gómez, J., Blanco, E. Gobbo, M., Pérez, A., Martínez, A., Vidal, J., Altarriba, E. y Gómez, A. (2010). Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 108-120.
- Arnold, M. Crofford, D. Mease, T. Burgess, N. Palmer, J. Abetz, F. (2008). Development of responder definitions for fibromyalgia clinical trials. *Arthritis Rheum.*, 64(3), 885-94. doi: 10.1002/art.33360.
- Bornhauser, N., Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicossomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(1): 41-50.
- The American College of Rheumatology. (1990). *Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee*, 33 (2), 160-172.
- Durán, J. (1996). Motivo de consulta en la clínica psicossomática. *Revista Redes*, 1(1), 36-43.
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M. y Pérez -Saavedra, V. (2013). Funcionamiento

- Familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista Enfermería Herediana*, 6(2), 51-58.
- García-Bardón, F., Castel-Bernal, B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43.
- Garrido, G. y Palma, C. (2011). Estudio comparativo de la percepción del funcionamiento familiar entre familias ensambladas y familias nucleares de la ciudad de Chillán. (Tesis de licenciatura) Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.
- Janal, F. Nayak, M. Schwartz, H. y Gallagher, J. (2006). *Treatment of Chronic Fatigue Syndrome: Findings, Principles and Strategies*.
- Martínez, E., González, O. y Crespo, J. (2003). Fibromialgia, definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Revista Salud Global*, 3(4), 2-8.
- Merayo A., Cano, G., y Rodríguez, F. (2008). Motivación para el cambio como predictor de la Adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 26 (2), 331 - 339.
- Nicasio, P. M.(2001). Perspectives on stress in fibromyalgia. *Annals of Behavioral Medicine*.
- MINSAL. (2016). *Orientaciones técnicas abordaje de la fibromialgia*. Recuperado de <http://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/06/OT-fibromialgia-2016.pdf>
- Price, D. y Staud R. (2002). Enhanced temporal summation of second pain and its central modulation in fibromyalgia patients. *Pain*, 99 (11), 49–59. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00053-2.
- Radrikan, R. (2010). New and Modified Fibromyalgia Diagnostic Criteria. *Family Practice*, 14, 238-241.
- Rivero-Lazcano, N., Martínez- Pampliega, A. y Iraurgi, I. (2011). El papel del funcionamiento familiar y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Revista Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 353-359.
- Ubago, M., Ruiz, I., Bermejo, M., Olry, A. y Plazaola, J. (2005). Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia. Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. *Revista Española de Salud Pública*, 6(79), 683-695.
- Zicavo, N., Palma, C. y Garrido, G. (2011). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Reconociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 10(1), 219-234.

## LECTURAS SUGERIDAS

- Ayats, M., Martín, M. y Soler, P. (2006). *Fibromialgia y estilo de funcionamiento*. *Psiquiatría Biológica*, 13(6), 193-7.
- Berbesí, D., García, M., Segura, A., Posada, R. y Serna, P. (2013). Efectividad de un programa de terapia de familia en niños asmáticos con familias disfuncionales. *Revista Clínica Médica Familiar*, 6(3), 138-143.
- Buskila D, Neumann L, Sibirski D, Shvartzman P. Awareness of diagnostic and clinical features of fibromyalgia among family physicians. *Fam Pract*. 1997;14:238-241.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Rev. PSYKHE*, 17(1), 81-90
- Holmgren, D., Lermada, V., Cortés, C., Cárdenas, I., Aguirre, K. y Valenzuela, K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría*, 43(4), 275- 286.

- Luna, A. (2012) Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colombiana de Psicología*, 15 (1), 77-85.
- Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez, A. y Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 491-500.
- Niklas, N. y Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(1), 41-50.
- Pastor, M., López, S., Rodríguez, J. y Juan, V. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Revista Psicothema*, 7(3), 627-639.
- Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F. y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Revista Psicothema*, 16(3), 415-420.
- Retamales, J., Behn, V. y Merino, J. (2004). Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile, año 2003. *Revista de Ciencia y Enfermería*, 10(1), 23-30.
- Tomas-Carus, P., Gusi, N., Leal, A., García, Y. y Ortega-Alonso, A. (2007). El tratamiento para la fibromialgia con ejercicio físico en agua caliente reduce el impacto de la enfermedad en la salud física y mental de mujeres afectadas. *Revista de Reumatología Clínica*, 3(2), 33 -7.
- Vidal, A. y Matamala, M. (2013). Asma infante - juvenil y trastornos psiquiátricos. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 2(29), 14-23.
- Vilches, v., Paravic, T. y Valenzuela, S. (2013). Contribución de enfermería al abordaje de los trastornos psicósomáticos de la mujer trabajadora. *Revista Trimestral de Enfermería*, 31(31), 254-264.

Variables Sociodemográficas	Edad	25 -35	
		36 - 45	
		46 - 55	
		56 - 65	
		65 a mas	
	Sexo	M	
		F	
	Estado Civil	Soltera	
		Casada	
		Conviviente	
		Separada	
		Viuda	
	N° de Hijos	1	
		2	
		3 a mas	
	Nivel Educacional	Media Incompleta	
		Media completa	
		Estudios superiores	
	Situación Laboral	Contrato Plazo Fijo	
		Trabajos Esporádicos	
Cesante			
Jubilada			
Jubilado por Enfermedad			
Factor Clínicos	Hace cuánto le diagnosticaron la enfermedad	6 meses -1 año	
		1 año a mas	
	Actualmente está con algún tratamiento farmacológico	Si	
		No	
	Ha sido diagnosticada con algún otro trastorno o enfermedad	Si ¿Qué tipo?	
	NO		

Factores Psicosociales	¿Tuvo algún acontecimiento traumático en su vida?	Si (Especifique)	
		No	
	¿Tiene a alguien con quien desahogarse, a quien contarle sus problemas?	Si ¿Quién?	
		No	
	¿Cree que su enfermedad ha repercutido en la rutina diaria con su familia cercana?	Si ¿En qué?	
		No	
	¿Cuenta con el apoyo de sus familiares cercanos en relación a su enfermedad?	Si ¿Quién?	
		No	
	¿Cuenta con una red de apoyo fuera de su familia?	Si ¿Quién?	
		No	

**APÉNDICE B**  
**ESCALA BREVE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FACES 20ESP**

ADAPTADO (GARRIDO, PALMA, ZICAVO)

A continuación se presenta una serie de enunciados acerca de situaciones que ocurren en la vida familiar, indique por favor en qué medida las afirmaciones siguientes representan su caso particular

	O=Nunca; 1=Casi nunca; 2=Pocas veces; 3=Con frecuencia; 4=Casi siempre	0	1	2	3	4
1	Los miembros de la familia nos sentimos cercanos afectivamente entre todos					
2	Los hijos participan en la resolución de problemas					
3	En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.					
4	Todos los miembros de la familia participamos en la toma de decisiones					
5	Los miembros de la familia nos pedimos ayuda mutuamente					
6	En cuanto a la elaboración de pautas de disciplina (normas, obligaciones) tomamos en cuenta la opinión de los hijos					
7	Cuando surgen problemas negociamos para encontrar una solución					
8	En nuestra familia realizamos actividades juntos regularmente					
9	Los miembros de la familia tienen libertad para expresarse					
10	En nuestra familia solemos reunirnos en el mismo lugar (cocina, living u otro espacio)					
11	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos					
12	En nuestra familia a todos nos resulta fácil expresar su opinión					
13	Los miembros de la familia nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles					
14	En nuestra familia intentamos nuevas formas de resolver los problemas					
15	Los miembros de la familia compartimos intereses y pasatiempos					
16	Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares					
17	Los miembros de la familia consultamos unos a otros acerca de nuestras decisiones personales					
18	Padres e hijos hablamos acerca de los castigos y las reglas					
19	La unidad familiar es una preocupación principal					
20	Los miembros de la familia comentamos nuestros problemas y nos sentimos bien con las decisiones tomadas entre todos					

## FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ) VERSIÓN EN ESPAÑOL

Instrucciones: de la pregunta 1 a la 3, encierre en un círculo el número que mejor describa su estado en general durante la última semana. Si no suele realizar alguna de las estas actividades, táchela.

1. Ha sido Ud. Capaz de :	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
a. Hacer compras	0	1	2	3
b. Lavar ropa en lavadora	0	1	2	3
c. Cocinar	0	1	2	3
d. Lavar la loza	0	1	2	3
e. Pasar la enceradora o la aspiradora	0	1	2	3
f. Hacer las camas	0	1	2	3
g. Caminar varias cuadras	0	1	2	3
h. Visitar parientes o amigos	0	1	2	3
i. Usar Transporte publico	0	1	2	3

2. ¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?

0    1    2    3    4    5    6    7

3. ¿Cuántos días de la última semana faltó Ud. al trabajo a causa de la fibromialgia (fibromialgia)?  
: Si Ud. no trabaja fuera de su casa, deje la pregunta en blanco

0    1    2    3    4    5

**En las siguientes preguntas, marque con una línea vertical (I) en el punto de la línea que mejor indique como se sintió en general, en la última semana:**

4. Al trabajar, ¿cuánta dificultad le causaron el dolor o los otros síntomas de la fibromialgia en el desempeño de su trabajo?

Sin problema----- Mucha dificultad

5. ¿Cuán fuerte o intenso ha sido el dolor?

Nada de Dolor----- Dolor Insoportable

6. ¿Qué tan cansada (o) se ha sentido?

Sin Cansancio----- Cansancio extremo

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse en las mañanas?

Bien----- Muy Agotada (o)

8. ¿Qué tan rígida(o) o agarrotada(o) se ha sentido?

Sin Rigidez----- Rigidez extrema

9. ¿Qué Tan nerviosa(o) se ha sentido?

Nada Nerviosa(o) ----- Muy nerviosa(o)

10. ¿Cuán deprimida (o) o triste se ha sentido?

Sin depresión----- Extrema depresión Para

Calcular FIQ, sume los resultados desde la pregunta 1(a,b,c,d,e,f,g,h,i) a la 10 y anótelos en la ficha del paciente, (use una regla para asignarle el número a las escalas visuales)

Categorías de Intensidad:

0-15= Normal

16- 50= Leve

51-65= Moderado

66-79= Severa

>80= Extrema

