

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

**“Asociación entre la calidad de vida en salud con la fibromialgia en mujeres
atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, 2023 – 2024”.**

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

AUTORES

Bach. Reyes Tapia, Wilson Jefree

Bach. Vasquez Ramos, Randy Jair

ASESOR

MC. Mg. Sánchez Reyna, Luis Fernando

ORCID: 0000-0002-3609-7233

Nuevo Chimbote – Perú

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



REVISADO Y V° B° DE:

A handwritten signature in blue ink is positioned above a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'Luis Fernando Sánchez Reyna'.

MC. MG. Sánchez Reyna, Luis Fernando

DNI: 32868529

ORCID: 0000-0002-3609-7233

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



REVISADO Y Vº Bº DE:

Mc. Esp. More Valladares, Armando Deivi

PRESIDENTE

DNI: 32868529

ORCID: 0000-0002-5708-1660

Mc. Esp. Perez Lujan, Lorenzo Emilio

SECRETARIO

DNI: 32816855

ORCID: 0000-0001-9118-3938

Mc. Esp. Sanchez Reyna, Luis Fernando

INTEGRANTE

DNI: 32868529

ORCID: 0000-0002-3609-7233

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el aula magna 2 del segundo campus de la EPMH, siendo las 18:00 horas del día 11 de mayo de 2026, dando cumplimiento a la Resolución N° 149-2026-UNS-CFC se reunió el Jurado Evaluador presidido por M^{CS} Armando Deivi Mora Valladares, teniendo como miembros a M^{CS} Lorenzo Emilio Pérez Luján (secretario) (a), y M^{CS} Luis Fernando Sánchez Reyna (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Médico Cirujano realizado por el, (la), (los) tesista (as) Bach. Wilson Zafrae Reyes Tapia y Bach. Randy Jair Vasquez Ramos, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:

"Asociación entre la calidad de vida en salud con la Abromialgia en mujeres atendidas en el Hospital I Cora Sur de Nuevo Chimbote, 2023 - 2024"

Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como BUENO asignándole un calificativo de 17 puntos, según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

Siendo las 18:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Nombre: M^{CS} ESP. Armando Deivi Mora Valladares
Presidente
ORCID: 0000-0002-5708-1660

Nombre: M^{CS} ESP. Lorenzo Emilio Pérez Luján
Secretario
ORCID: 0000-0001-9118-3938.

Nombre: M^{CS} MG Luis Fernando Sánchez Reyna
Integrante
ORCID: 0000-0002-3609-7733



Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra a bajo.

Autor de la entrega: Luis Fernando Sanchez Reyna
Título del ejercicio: TESIS
Título de la entrega: INFORME TESIS BACHILLERES REYES Y VASQUEZ
Nombre del archivo: INFORME_FINAL_DE_TESIS_-_REYES_Y_VASQUEZ_SUSTENTACI...
Tamaño del archivo: 2M
Total páginas: 90
Total de palabras: 19,709
Total de caracteres: 108,893
Fecha de entrega: 12-may-2026 10:55a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2858000921



TESIS REYES Y VASQUEZ TURNITIN

INFORME DE ORIGINALIDAD

20 % INDICE DE SIMILITUD	19 % FUENTES DE INTERNET	10 % PUBLICACIONES	11 % TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	----------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	3 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
3	repositoriousco.co Fuente de Internet	1 %
4	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	idus.us.es Fuente de Internet	1 %
6	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
7	Submitted to Universitat Oberta de Catalunya Trabajo del estudiante	<1 %
8	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
9	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
10	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
11	doctorado.fccf.uach.mx Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

DEDICATORIA

A Dios, por concederme la vida, la salud y fortaleza para culminar esta etapa de formación profesional. Su luz y protección fueron fundamentales a lo largo de este camino que es la carrera de medicina humana.

A mi familia, especialmente a mi madre, María, la persona que siempre ha estado cada día dándome fortaleza para nunca rendirme, atendiéndome en todo lo que podía, no me alcanzarán los años para agradecerle por toda su entrega.

A mi pareja, con la que llevo años compartiendo, también es parte de esta hermosa carrera profesional, y es testigo de todo el esfuerzo que hemos puesto para llegar a donde estamos, el apoyo siempre será mutuo.

A los docentes que siempre trataron de brindarme las mejores enseñanzas tanto académicas como para poder afrontar la vida laboral. Y a los amigos que estuvieron siempre hasta el final.

Reyes Tapia, Wilson Jefree

En primer lugar, a Dios por ser mi guía espiritual y fortaleza a lo largo de este camino. Gracias por brindarme la claridad, la voluntad y la dirección necesaria en cada paso de mi carrera universitaria, permitiéndome culminar esta etapa con sabiduría y gratitud.

A mis padres, Jorge y Silvia, por ser el cimiento de mi vida. Gracias por su amor incondicional, por los sacrificios realizados y por creer en mí incluso en los momentos de mayor dificultad. Su ejemplo de integridad y esfuerzo es mi mayor admiración y la fuente de motivación que me impulsa a seguir adelante cada día.

A mis hermanos Jari y Jianfranco, por su apoyo constante y su compañía. A mi familia en general, quienes con sus palabras de aliento y su presencia han sido fundamentales para alcanzar este logro académico.

Finalmente, a mis docentes, quienes compartieron no solo conocimientos académicos, sino lecciones de vida indispensables para mi futuro profesional. Asimismo, a mis amigos, por el apoyo constante, la paciencia y por hacer de esta carrera una experiencia compartida llena de aprendizajes y momentos inolvidables.

Vasquez Ramos, Randy Jair

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por brindarnos la vida y fortaleza para poder afrontar día a día toda esta etapa de nuestra carrera universitaria, sin él nada de esto sería posible.

A nuestros padres, porque son la fuente de motivación y el motor que nos impulsó en cada paso en todo este camino. El apoyo incondicional que nos brindaron y su sacrificio fueron muy importantes para lograr esta meta profesional.

A todos nuestros docentes de la Escuela Profesional de Medicina Humana, y también a aquellos que nos acompañaron el año de internado, les agradecemos por brindarnos sus enseñanzas respecto a la medicina y también sobre cómo afrontar la vida profesional en nuestra sociedad

Al Dr. Luis Fernando Sánchez Reyna, le expresamos nuestro más sincero agradecimiento por el tiempo invertido en nosotros como docente y asesor. Su paciencia y compromiso con nuestro desarrollo académico han sido fundamentales para culminar este trabajo de investigación.

Finalmente, a nuestros amigos más cercanos porque siempre estuvieron allí apoyándonos, y muchos de ellos comparten esta pasión de seguir la carrera de medicina humana.

Reyes Tapia, Wilson Jefree

Vasquez Ramos, Randy Jair

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	17
1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	19
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	19
1.3.1. HIPÓTESIS NULA (H_0):	19
1.3.2. HIPÓTESIS ALTERNA (H_1):	20
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	20
1.5. LIMITACIONES	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1. ANTECEDENTES	23
2.2. MARCO CONCEPTUAL	26
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	31
3.1. MATERIALES	31
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.2. UNIVERSO	31
3.1.3. POBLACIÓN	31
3.1.4. UNIDAD DE ANÁLISIS	31
3.1.5. MARCO MUESTRAL	32
3.1.6. MUESTRA	32
3.2. MÉTODOS	35
3.2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
3.2.2. VARIABLES	36

3.2.3. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
3.2.4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	42
3.2.5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	43
3.3. ASPECTOS ÉTICOS.....	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES	47
4.1. RESULTADOS.....	47
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIONES	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5.1. CONCLUSIONES.....	64
5.2. RECOMENDACIONES.....	64
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
CAPÍTULO VII: ANEXOS	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y nutricionales de las pacientes en los grupos de casos y controles.	47
Tabla 2. Comparación de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud entre los grupos de casos y controles.	50
Tabla 3. Asociación entre los componentes y el puntaje global de la calidad de vida relacionada con la salud y la fibromialgia en el grupo de casos y controles.	52
Tabla 4. Ajuste por análisis multivariado de regresión logística binaria para los componentes físico y mental de la calidad de vida (SF-36) e indicadores de bondad de ajuste.	53

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Distribución del grupo etario en las pacientes de los casos y controles.....	48
Ilustración 2. Distribución del nivel socioeconómico en las pacientes de los casos y controles.	48
Ilustración 3. Distribución del estado civil en las pacientes del grupo de los casos y controles.	49
Ilustración 4. Distribución del IMC en las pacientes del grupo de los casos y controles.	49
Ilustración 5. Perfil de la CVRS según el cuestionario SF-36 en los grupos de casos y controles.....	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.	76
Anexo 2. Hoja de recolección de datos.	77
Anexo 3. Encuesta para evaluar los niveles socioeconómicos según categorías en la versión modificada 2011 – 2012 APEIM.	77
Anexo 4. Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems (SF-36) – Versión traducida al español.	77
Anexo 5. Análisis estadístico (SPSS V.27).	77
Anexo 6. Constancia de Aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la UNS.	77

RESUMEN

Introducción: La fibromialgia (FM) es una condición de dolor crónico de etiología multifactorial que impacta profundamente la funcionalidad y el confort subjetivo. Evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es fundamental para optimizar el manejo clínico y el pronóstico de estas pacientes.

Objetivo: Determinar la asociación entre la FM y la CVRS en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante el periodo 2023 – 2024.

Materiales y métodos: Se elaboró un estudio de “casos y controles” conformado por 81 mujeres con diagnóstico de FM y 162 controles sanos. Se empleó el cuestionario SF-36 para medir la CVRS. El análisis estadístico incluyó la prueba “U de Mann-Whitney” (U), “Chi-Cuadrado” (χ^2) y un modelo de “regresión logística binaria” para el cálculo de los “Odds Ratio” (OR) ajustado.

Resultados: Se evidenció un deterioro significativo en las ocho dimensiones de SF-36 en las pacientes con FM ($p < 0.001$). El análisis multivariado identificó el componente físico (PCS) insatisfactorio eleva 5.67 veces la probabilidad de pertenecer al grupo con FM (OR = 5.673; IC 95%: 3.173 – 10.142), mientras que el componente mental (MCS) lo aumenta en 4.49 veces (OR = 4.496; IC 95%: 2.546 – 7.939). Los modelos demostraron que la asociación es independiente de factores confusores como la edad, el nivel socioeconómico, el estado civil y el índice de masa corporal (IMC).

Conclusiones: Existe asociación significativa y robusta entre la FM y la disminución de la CVRS. El deterioro del PCS actúa como predictor principal de la enfermedad, manifestándose como un fenómeno independiente de variables sociodemográficas y antropométricas en la población estudiada.

Palabras clave: Fibromialgia; Calidad de Vida; SF-36; Estudios de Casos y Controles; Dolor Crónico

ABSTRACT

Introduction: Fibromyalgia (FM) is a chronic pain condition with a multifactorial etiology that profoundly impacts functionality and subjective well-being. Assessing Health-Related Quality of Life (HRQoL) is essential to optimize clinical management and the prognosis of these patients.

Objective: To determine the association between FM and HRQoL in women treated at Hospital I Cono Sur in Nuevo Chimbote during the 2023–2024 period.

Materials and methods: A “case-control” study was conducted, including 81 women diagnosed with FM and 162 healthy controls. The SF-36 questionnaire was used to measure HRQoL. Statistical analysis included the “Mann-Whitney U” test (U), “Chi-Square” (χ^2), and a “binary logistic regression” model to calculate adjusted “Odds Ratios” (OR).

Results: Significant deterioration was evidenced in all eight dimensions of the SF-36 among FM patients ($p < 0.001$). Multivariate analysis identified that an unsatisfactory physical component (PCS) increases the likelihood of belonging to the FM group by 5.67 times (OR=5.673; 95% CI: 3.173–10.142), while the mental component (MCS) increases it by 4.49 times (OR=4.496; 95% CI: 2.546–7.939). The models demonstrated that the association is independent of confounding factors such as age, socioeconomic status, marital status, and body mass index (BMI).

Conclusions: There is a significant and robust association between FM and a decrease in HRQoL. PCS impairment acts as the primary predictor of the disease, manifesting as a phenomenon independent of sociodemographic and anthropometric variables in the studied population.

Keywords: Fibromyalgia; Quality of Life; SF-36; Case-Control Studies; Chronic Pain.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1.DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a la fibromialgia como una patología, siendo incluida en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) mediante el código M79.04 (Marques et al., 2017 y Chica et al., 2019). La fibromialgia se ubica dentro de las afecciones musculoesqueléticas más relevantes con un claro deterioro en la salud (Córdoba y Gómez, 2021).

Durante el periodo 1990-2005, la prevalencia de fibromialgia se registró entre 0.7-4.4%, incluso se registró que la razón entre mujeres y hombres fue de 9:1. Respecto al rango de edades, los pacientes con fibromialgia suelen ubicarse entre los 30-60 años de edad (Marques et al., 2017 y Córdoba y Gómez, 2021). Actualmente se tiene el registro de que afecta entre el 2 % y el 6 % de la población mundial, donde las mujeres entre la tercera y quinta década son las más afectadas (Álvarez et al., 2022).

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor crónico cuya etiología es muy discutida, pero se sabe que afecta predominantemente a mujeres. Asimismo, se caracteriza por ocasionar dolor musculoesquelético generalizado junto con sensibilidad específica a la palpación en zonas fisiológicamente más sensibles a la presión (puntos gatillo), así como fatiga excesiva, reducción de la fuerza muscular, problemas de sueño, ansiedad, depresión, baja autoestima y niveles bajos de satisfacción con la vida (Álvarez et al., 2022).

Entonces, la fibromialgia se manifiesta a nivel biológico, psicológico y social, capaz de comprometer la calidad de vida del paciente (Marques et al., 2017; Chica et al., 2019). Por lo tanto, dicha enfermedad tiene un comportamiento multifactorial que es imperativo tener en cuenta.

La calidad de vida en salud (CVRS) es un concepto multidimensional comúnmente utilizado para examinar el impacto del estado de salud en la calidad de vida (Gmuca, Xiao y Sherry, 2019). La importancia de la medición de este aspecto, mediante una serie de cuestionarios

validados, permite evaluar la función física y psicosocial relacionada con los síntomas de la fibromialgia (Gmuca et al., 2019).

Es conocido que los síntomas de fatiga, respuestas fisiológicas del cuerpo ante el estrés físico y mental, están más pronunciados en sujetos con fibromialgia (Alvarez et al., 2022). Además, existe evidencia que afirma que este excesivo cansancio físico, psíquico y cognitivo difícil de sobrellevar, es un síntoma cardinal en estos pacientes y que interviene con la CVRS (Arnold et al., 2011).

Estos estudios permiten determinar la importancia de un enfoque biopsicosocial en el tratamiento contra la fibromialgia, debido a las relaciones que se estudian con la CVRS. Por ejemplo, este tipo de evidencia se usa para recomendar al Tai Chi como una medida terapéutica basada en la evidencia (Huston et al., 2016). De la misma forma, permite afirmar los beneficios del ejercicio aeróbico en pacientes con fibromialgia, ya sea a corto como a largo plazo, así como otras medidas terapéuticas no farmacológicas (Bidone et al., 2017; Rowe et al., 2019 y Merriwether et al., 2018).

La naturaleza biopsicosocial de la fibromialgia sugiere un impacto significativo de la calidad de vida relacionada en salud del paciente. Debido a esto, el objetivo de este estudio fue hallar el impacto de la calidad de vida en salud sobre aquellos pacientes que desarrollaron fibromialgia. Se analizará la existencia de una relación significativa entre las variables evaluadas tras la aplicación de la encuesta validada SF-36.

Creemos que analizar la CVRS en pacientes con fibromialgia podría orientar hacia medidas no farmacológicas aún más eficientes que las previamente investigadas (Rossi et al., 2015; Huston et al., 2016; Bidone et al., 2017; Rowe et al., 2019; Merriwether et al., 2018). En este contexto, resulta fundamental analizar la posible relación entre la calidad de vida en salud y la fibromialgia.

Ante la situación, y tomando en cuenta los puntos señalados anteriormente planteamos la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre la calidad de vida en salud y la fibromialgia en las pacientes atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024?

1.2.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si la calidad de vida en salud está asociada con la fibromialgia en las pacientes atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar las características sociodemográficas y nutricionales entre mujeres con y sin fibromialgia atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, 2023–2024
- Comparar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud evaluadas mediante el SF-36 entre mujeres con y sin fibromialgia atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024.
- Estimar la fuerza de asociación entre el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y la fibromialgia en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023 – 2024.
- Ajustar la asociación entre fibromialgia y calidad de vida relacionada con la salud por variables como edad, IMC, estado civil y nivel socioeconómico, en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023 – 2024.

1.3.FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

1.3.1. HIPÓTESIS NULA (H₀):

La calidad de vida en salud no se asocia con la fibromialgia en las pacientes atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024.

1.3.2. HIPÓTESIS ALTERNA (H₁):

Existe asociación entre la calidad de vida en salud y la fibromialgia en las pacientes atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024.

1.4.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

A nivel global, la fibromialgia tiene una prevalencia entre el 1.3 % y el 8 %, con una incidencia mucho mayor en el sexo femenino y con una relación de 9 a 1 respecto a los varones. Esta condición no solo compromete el funcionamiento físico y social de quienes la padecen, sino que puede llegar a ser incapacitante. La dificultad en su diagnóstico se ilustra en el estudio de Choy et al. (2010), quienes encontraron que los pacientes consultan a distintos especialistas durante un promedio de 2,3 a 3,7 años antes de recibir un diagnóstico certero, resaltando la necesidad urgente de un manejo temprano y adecuado de la enfermedad.

Entre los estudios presentados en los antecedentes, tanto a nivel internacional como nacional, en su gran mayoría fueron estudios transversales, que tienen un diseño limitado respecto a un estudio de casos y controles, otra limitación importante encontrada es el tamaño de la muestra que no permite extrapolar adecuadamente los resultados a la población, además que existen muy pocos estudios realizados en Perú lo que evidencia una falta de conocimiento sobre esta problemática en nuestro contexto.

Otro punto crítico es la falta de consideración de variables confusoras, como la presencia de comorbilidades, el nivel socioeconómico, el IMC, el grupo etario, que podrían comprometer la validez interna de los estudios y su interpretación. En contraste, nuestra investigación abordará estos factores para asegurar la validez interna de los hallazgos y proporcionar un panorama más completo y preciso sobre el impacto de la calidad de vida en salud en las pacientes con fibromialgia.

Adicionalmente, muchos de estos estudios revisados muestran discrepancias significativas en cuanto al impacto de la calidad de vida en salud con la fibromialgia. Algunos estudios reportan asociaciones entre esta enfermedad y el deterioro de la calidad de vida, mientras que otros no encuentran asociaciones significativas o no emplean los instrumentos adecuados para su medición.

Por consiguiente, resulta fundamental evaluar el nivel de CVRS que experimentan las personas diagnosticadas con fibromialgia. También es importante realizar este estudio porque esta enfermedad no solo tiene un impacto en la salud de la paciente, sino también un impacto social y económico pues la capacidad laboral se ve mermada considerablemente y el tratamiento representa un desafío importante por el costo significativo en el sistema de atención médica, por lo que evitar la enfermedad, no solo es beneficioso para la salud de la paciente, también para el ámbito económico y social. De igual manera, el presente estudio aportará a generar estrategias orientadas al fortalecimiento de la salud física y psicológica de la población afectada, constituyéndose como referencia útil para futuras investigaciones en el área.

1.5.LIMITACIONES

Es necesario considerar ciertas limitaciones al momento de analizar los hallazgos:

- Debido a que es un estudio observacional de casos y controles, los datos se recopilaban mediante encuestas administradas directamente a los participantes. Si bien esto proporcionó datos de fuentes primarias, podría haber estado sujeto a sesgos de información. Específicamente, el sesgo de memoria y el de discapacidad social podrían haber influido, dado que los encuestados pueden tener imprecisiones en sus recuerdos o modificar sus respuestas para ajustarse a expectativas sociales.
- En segundo lugar, existe la posibilidad de sesgo de selección, dado que la población del estudio consistió exclusivamente en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Debido a esta condición, la representatividad de la muestra se ve afectada, restringiendo la

transferencia de los resultados a otros perfiles de pacientes o niveles de atención médica.

Además, si bien se consideraron y analizaron variables intervinientes como el grupo de edad, el nivel socioeconómico, el estado civil y el índice de masa corporal (IMC), no se puede descartar la influencia de otros factores no evaluados que podrían afectar la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes. Entre las variables que podrían introducir factores de confusión residuales se encuentran la intensidad de la sintomatología, comorbilidades no detectadas, la duración de las intervenciones terapéuticas, el nivel de soporte social del paciente, etc.

Finalmente, debido al diseño observacional del estudio, no es posible establecer una relación causal entre el diagnóstico de fibromialgia y la CVRS, sino solo identificar asociaciones, que deben interpretarse reconociendo las restricciones propias del diseño de estudio.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos aportan evidencia relevante sobre la asociación entre el diagnóstico de fibromialgia y la CVRS en mujeres atendidas en un hospital de primer nivel. Esta evidencia fundamenta la necesidad de realizar estudios posteriores con diseños de mayor alcance y metodologías más complejas con mayor seguimiento.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.ANTECEDENTES

Según Salaffi et al.,(2018), en Francia, en la investigación titulada “The impact of different rheumatic diseases on health-related quality of life: a comparison with a selected sample of healthy individuals using SF-36 questionnaire, EQ-5D and SF-6D utility values”, estudio de casos y controles anidados en una cohorte francesa, al evaluar 2633 pacientes frente a 649 controles, evidenciaron una reducción marcada de la CVRS en quienes padecían enfermedades reumáticas. Esta afección fue estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) en todas las herramientas de medición empleadas: “SF-36”, “PCS”, “MCS”, “EQ-5D” y “SF-6D”. Cabe mencionar que la metodología empleada en este estudio fue integral, debido al uso de diversos instrumentos para medir la CVRS. Sin embargo, no se evaluaron componentes como las variables sociodemográficas, además que no se especifica el intervalo de confianza de los valores obtenidos.

De acuerdo con Branco et al.,(2016), en Portugal, en la investigación titulada “Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey”, estudio transversal portugués, se encontró que la fibromialgia y la artritis reumatoide tienen una alta prevalencia en Portugal, y que están asociadas a un deterioro de la CVRS ($\beta = -0,10$ (IC-95% = $-0.16 - -0.05$); $p < 0,001$) en una muestra de 10661 participantes mayores de 18 años. Este estudio tuvo una alta tasa de abandono dentro de sus primeras fases de realización, lo que podría generarles un sesgo de muestra y, al ser un estudio transversal, no cuenta con un grupo control, lo cual aumenta el sesgo de confusión.

Por otro lado, Gmuca, Xiao y Sherry, (2019), en Estados Unidos, realizaron la investigación titulada “Patient-proxy agreement on health-related quality of life in juvenile fibromyalgia syndrome”, cohorte transversal retrospectiva estadounidense, con el objetivo de determinar el nivel de acuerdo sobre la CVRS entre los pacientes con síndrome de fibromialgia juvenil. Los autores afirmaron que la edad avanzada se asoció de forma independiente con un menor acuerdo entre el autoinforme del paciente y el informe del representante de los padres ($\beta =$

1,30; $p < 0,05$) en una muestra de 215 pacientes de 8 a 17 años. La muestra se restringió a niños y adolescentes de una clínica especializada, haciendo que estos resultados no se puedan reflejar en la población pediátrica general de pacientes con fibromialgia juvenil; además, el estudio no brinda el intervalo de confianza de sus resultados de interés.

Asimismo, Córdoba y Gomez, (2021), en Colombia, desarrollaron la investigación titulada “Relación de la Calidad de Vida, Depresión, Ansiedad, Apoyo Intrapersonal y Afrontamiento en Pacientes con Fibromialgia”, estudio cuantitativo transversal correlacional multivariable, en el cual se determinó que el hecho de vivir solo o acompañado no está asociado de manera significativa en la CVRS de los pacientes ($p > 0,05$), en una muestra de 100 pacientes de una Institución Prestadora de Salud. El tamaño de la muestra es una limitante para la obtención de resultados concluyentes, y la falta de un grupo control incrementa el riesgo de sesgo de confusión. Además, el estudio no detalla los intervalos de confianza, lo que limita la interpretación de los hallazgos.

De igual manera, Kancharla et al.,(2021), en India, realizaron la investigación titulada “Fibromyalgia influences health-related quality of life and disease activity in psoriatic arthritis”, estudio transversal y unicéntrico, en el que se encontró que la fibromialgia contribuye de manera negativa a la CVRS en pacientes con artritis psoriásica en el análisis univariado (PsA) ($\beta = 22,44$ (IC-95% = 15.06 – 29.81); $p < 0,0001$) y en el análisis multivariado ($\beta = 11.62$ (IC-95% = 4.6 – 18.67); $p < 0,001$), en una muestra de 106 pacientes. Debido a la naturaleza transversal del estudio, la no inclusión de variables confusoras relevantes y la falta de datos sobre marcadores inflamatorios o de comorbilidades psicológicas son limitaciones realmente importantes que influyen en sus resultados.

En el ámbito nacional, Velazco, (2011), en Perú, realizó la investigación titulada “Características en pacientes con fibromialgia primaria y su impacto en la calidad de vida en el Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Luis N. Saenz Policia Nacional del Perú, 2009-2010”, estudio no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo, donde se encontró que el tiempo de enfermedad, el dolor muscular generalizado, el tipo y el tiempo de tratamiento deterioraron la calidad de vida en salud en una muestra de 63 pacientes. Con respecto a la

metodología, se observó que el uso de una población tan pequeña no permitiría la extrapolación de los resultados y, al no tener un grupo control, aumenta el riesgo de sesgo de confusión.

Por su parte, León y Arias, (2012), en Perú, desarrollaron la investigación titulada “Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia”, estudio no experimental y correlacional, en el que se determinó que el grupo con fibromialgia registra valores bajos con respecto al cuestionario SF-36 en comparación con aquellos que no tenían fibromialgia ($p < 0.05$), en una muestra de 100 pacientes mujeres. El tamaño de la muestra, no tener un grupo control, no haber abarcado otras variables confusoras y obviar los intervalos de confianza influyen en sus resultados y aumentan el riesgo de sesgo.

De manera similar, León, (2010), en Perú, realizó la investigación titulada “Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo”, estudio prospectivo y descriptivo, en el cual se encontró que el 96.4 % de los pacientes eran mujeres con síntomas como parestesias en el 91.1 % de los casos, insomnio en el 85.7 % y cefalea en el 83.7 %, entre otros síntomas que afectaron la CVRS en 563 pacientes. Los autores concluyen que la fibromialgia tiene mayor prevalencia en mujeres y los síntomas más comunes que pueden llegar a afectar la calidad de vida son las parestesias, el insomnio, el ánimo depresivo y el vértigo. Al ser un estudio descriptivo, presenta las limitaciones inherentes a este tipo de diseño.

Por consiguiente, Moroy et al., (2019), en Perú, realizaron la investigación “Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú”, estudio descriptivo y transversal, donde se encontró un puntaje promedio de 55.9 (DE = 18.7) en el cuestionario FIQ, encontrándose un impacto leve, moderado y severo de 15 (DE = 20), 28 (DE = 37.3) y 32 (DE = 42.7), respectivamente, en una muestra de 75 pacientes. Se concluyó que la fibromialgia en las pacientes estudiadas les provocó una afección severa de la calidad de vida en salud. El tamaño de la muestra, la falta de grupo control y la ausencia de causalidad por el diseño aumentan el riesgo de sesgo y disminuyen la fiabilidad de sus resultados.

Finalmente, Blanco, (2018), en Perú, realizó la investigación “Calidad de vida de los pacientes con fibromialgia asociación AFIBRO Perú, 2018”, estudio no experimental, cuantitativo y

descriptivo, en el que se encontró que el nivel de calidad de vida de los pacientes fue medio en un 87 % y bajo en un 13 %, en una muestra de 558 pacientes. El estudio concluyó que el nivel predominante de la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia es el nivel medio. A pesar de la amplitud de la muestra, estos hallazgos pueden presentar sesgos de selección derivados del carácter no probabilístico del muestreo y de la ausencia de un grupo control.

2.2.MARCO CONCEPTUAL

Fibromialgia

Según la OMS y el Colegio Americano de Reumatología (ACR), la fibromialgia es una patología crónica de origen incierto. Se le atribuyen desajustes en neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina que alteran el procesamiento sensorial, provocando que estímulos inocuos sean percibidos como dolorosos. Clínicamente, se manifiesta mediante dolor musculoesquelético difuso, junto con zonas de alodinia e hiperalgesia (Fortich, Alvis y Méndez, 2004; Benet et al., 2015; Cabo et al., 2017).

Se estima que entre el 2 % y el 5 % de la población en países desarrollados padece fibromialgia, observándose un marcado sesgo de género, pues afecta a nueve mujeres por cada paciente masculino. Asimismo, si hablamos de la edad, puede manifestarse en cualquier grupo etario, incluso en la infancia y en la adolescencia. Sin embargo, la mayoría de diagnósticos se realizan en la cuarta o quinta década de la vida (Robles et al., 2022).

El desarrollo de la fibromialgia está influenciado por diversos factores, entre los que destacan son: el sexo femenino, la predisposición genética y los antecedentes de dolor crónico en áreas como la cabeza, la espalda y la pelvis. Asimismo, se ha observado una estrecha vinculación con trastornos psicopatológicos, incluyendo a la ansiedad, depresión, estrés postraumático y conductas obsesivo-compulsivas (Cabo et al., 2017). Se ha descrito también que se ha presentado más en personas que viven en ámbitos rurales y con un nivel económico y educativo menor (Berrocal, 2016).

Además del dolor generalizado que presentan los pacientes, existen otros síntomas asociados como el cansancio o la fatiga intensa, problemas de atención y dificultad en cambios rápidos del pensamiento, parestesias en extremidades superiores e inferiores, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y la sensación de adormecimiento de manos. Existen pacientes que también describen otros síntomas menos frecuentes como problemas de digestión y vejiga irritable (Caro et al., 2023).

El diagnóstico de la fibromialgia es clínico. Sin embargo, es importante que en estos pacientes descartemos enfermedades que puedan semejar estos síntomas como el hipotiroidismo por lo cual sería importante determinar los niveles de hormonas tiroideas, también debemos tener cuidado al confundirlos con enfermedades reumatológicas como los lupus eritematosos sistémico o la artritis reumatoide, pues los niveles de anticuerpos antinucleares y factor reumatoide pueden estar elevados. Tradicionalmente, la detección de esta patología se realizaba siguiendo las directrices del ACR publicadas en 1990, tal como señalan Berrocal et al. (2016):

Se requiere la presencia de un cuadro doloroso generalizado con una evolución superior a los tres meses. Este dolor debe manifestarse de forma bilateral y abarcar regiones por encima y debajo de la cintura, además de comprometer el esqueleto axial, incluyendo las zonas cervical, dorsal, lumbar o el tórax anterior.

El diagnóstico se confirmaba mediante la detección de sensibilidad a la presión (aproximadamente 4 Kg) en 11 de los 18 puntos anatómicos predefinidos. Estos puntos, organizados en nueve pares bilaterales, incluyen las inserciones occipitales, la región cervicoanterior (C5-C7), el trapecio, el supraespinoso y la segunda articulación condroesternal. Asimismo, se evalúa la zona distal del epicóndilo, el cuadrante superior de los glúteos, el trocánter mayor y la región interna de la rodilla (Wolfe et al., 1990).

Actualmente los criterios usados son los de la ACR 2010/2011, los cuales tuvieron una modificación en 2016, estos criterios proporcionan una escala para medir la severidad de los síntomas de la fibromialgia. La metodología diagnóstica vigente sustituye la palpación de puntos por el uso de dos escalas métricas: el Índice de Dolor Generalizado (IDG), con una

escala de 0 a 19, y la Escala de Severidad Sintomática (ESS), que mide la gravedad sintomática del 0 al 12 (Wolfe et al., 1990; Wolfe et al., 2016).

El IDG se cuantifica distribuyendo el cuerpo en cinco áreas principales, donde se contabilizan las zonas dolorosas reportadas durante la última semana. Estas regiones incluyen el eje axial (cuello, espalda y tronco) y las extremidades superiores e inferiores divididas bilateralmente. Por otro lado, la ESS evalúa la gravedad de la fatiga, el sueño no reparador y el deterioro cognitivo (0 – 9 puntos) en la última semana, añadiendo la presencia de cefaleas, dolor abdominal y depresión (0 – 3 puntos) detectados en el último semestre (Colodro, 2021).

Con el fin de validar el diagnóstico según el estándar vigente de la ACR, el paciente debe presentar: dolor generalizado en 4 de 5 zonas corporales; una combinación específica de puntajes ($IDG \geq 7$ y $ESS \geq 5$, o $IDG 4-6$ y $ESS \geq 9$); cronicidad de al menos tres meses; y el reconocimiento de la enfermedad incluso ante la presencia de otros trastornos clínicos asociados (Colodro, 2021). Adicionalmente, la escala de Severidad de Fibromialgia (FS), definida por la suma del IDG y la ESS en los criterios de 2016, permite cuantificar la gravedad de la patología y sirve como guía para evaluar la evolución clínica individual (Colodro, 2021).

El abordaje de la fibromialgia combina dos vías: el uso de medicamentos con el fin de aliviar los síntomas y el empleo de terapias alternativas para tratar aspectos psicológicos y sociales, como el estrés, la falta de descanso y el aislamiento del paciente. Dentro de las terapias alternativas tenemos a la acupuntura, ejercicio aeróbico durante más de 20 minutos durante el día y 2 a 3 días a la semana, hipnoterapia, masaje, movimiento meditativo, Tai Chi (Wolfe, 2016).

Dentro de la terapia farmacológica tenemos a los compuestos tricíclicos como la amitriptilina y la ciclobenzaprina, inhibidores de la recaptación de norepinefrina y serotonina como la duloxetina, gabapentinoides como la gabapentina y la pregabalina, inhibidores de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina, sertralina y paroxetina, también se usan opioides como el tramadol (Macfarlane et al., 2017).

Es importante destacar que la fibromialgia es una afección cada vez más reconocida, posiblemente debido a las altas tensiones laborales, familiares y sociales a las que se enfrentan los pacientes. Un diagnóstico oportuno y la aplicación adecuada de diversas formas de tratamiento, posibilitan una gestión efectiva del dolor y otros síntomas asociados, como la ansiedad, la depresión y el insomnio. Esto conlleva a una mejora en la CVRS de los pacientes, facilitando su pronta reincorporación al entorno familiar, laboral y social (Berrocal et al., 2016).

Calidad de vida en salud (CVRS)

La CVRS se entiende como un nivel de satisfacción integral alcanzado mediante el desarrollo de las capacidades individuales. Según Ardila (2003), este concepto integra dimensiones subjetivas como la vida íntima, la salud percibida, la productividad y el equilibrio emocional, así como factores objetivos, que incluyen la estabilidad económica, la integración comunitaria y la interacción saludable con el entorno social y físico.

Siguiendo a Gmuca et al. (2019), la CVRS representa el grado de satisfacción derivado de la ponderación que el individuo hace de su entorno y salud. Este concepto abarca tanto el juicio personal sobre el estado clínico como la autonomía o suficiencia del paciente para ejecutar sus actividades cotidianas.

La valoración de la CVRS relacionada con la salud constituye un elemento crítico en la autonomía de paciente, permitiéndole discernir entre aceptar o rechazar un tratamiento tras sopesar el impacto en su bienestar frente a los beneficios clínicos obtenidos. Asimismo, la medición de esta en la atención primaria es fundamental, debido a que optimizaría la selección de estrategias terapéuticas y genera evidencia útil para el diseño de intervenciones efectivas en salud pública (Lemus, Parrado y Quintana, 2014).

Nivel Socioeconómico

El nivel socioeconómico (NSE) es un indicador compuesto por factores financieros y sociales con el fin de calificar la competencia laboral y el estatus relativo de una persona o familia frente al resto de la sociedad (Romero y Vera, 2016).

Grupo etario

Según la OMS (2015), el grupo etario viene a ser las personas clasificadas por la edad, desde el nacimiento hasta los octogenarios y más viejos. Al agrupar a individuos en etapas de vida cercanas, este concepto se convierte en una herramienta fundamental para el estudio de datos y la producción científica.

Estado Civil

Conforme a la Real Academia Española (RAE, 2023), el estado civil representa la situación jurídica de un individuo determinada por factores como su origen, nacionalidad, parentesco o vínculo matrimonial. Esta condición, inscrita oficialmente en el Registro Civil, establece el marco de derechos y deberes legales que corresponden a cada persona.

IMC

De acuerdo con la OMS (2024), el IMC constituye un indicador indirecto de la adiposidad, el cual se calcula dividiendo el peso del individuo entre el cuadrado de su talla (kg/m^2).

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.MATERIALES

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación se establece con un enfoque cuantitativo debido a que se recopilarán y analizarán datos numéricos. La naturaleza de este estudio es no experimental, de tipo observacional y analítico, con un enfoque de casos y controles.

Se entiende que el proyecto es no experimental pues no habrá manipulación de las variables. En este caso, nuestro trabajo es observacional, por lo tanto, se prioriza la observación y el registro de los eventos a estudiar sin el control activo de las variables. De la misma manera, el proyecto es de tipo analítico, debido a que se buscó establecer una relación de asociación entre las variables a estudiar.

El diseño de este estudio elegido fue el de “casos y controles”, debido a que se examinaron dos grupos: los casos, que experimentaron cierto evento y los controles, con el fin de determinar su asociación con una variable en particular.

3.1.2. UNIVERSO

El universo estuvo conformado por las pacientes atendidas en el Hospital EsSalud I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante 2023-2024.

3.1.3. POBLACIÓN

La población estudiada estuvo conformada por todas las pacientes que asistieron al servicio de Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital EsSalud I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante 2023-2024.

3.1.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo representada por cada paciente mayor de 25 años atendida en la Consulta Externa de Medicina Interna y Reumatología del Hospital I EsSalud Cono Sur de Nuevo Chimbote durante los años 2023-2024, en quienes se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con la fibromialgia.

3.1.5. MARCO MUESTRAL

- a) **Casos:** Pacientes mayores de 25 años con diagnóstico de fibromialgia atendidas en la Consulta Externa de Medicina Interna y Reumatología del Hospital EsSalud I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante los años 2023-2024.
- b) **Controles:** Pacientes mayores de 25 años sin diagnóstico de fibromialgia atendidas en la Consulta Externa de Medicina Interna y Reumatología del Hospital EsSalud I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante los años 2023-2024.

3.1.6. MUESTRA

- a. **Diseño Muestral:** En esta investigación, se empleó el método de muestreo probabilístico de aleatorización simple para seleccionar tanto los casos como los controles, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados.
- b. **Tamaño Muestral:** La determinación del tamaño muestral se fundamentó con la fórmula de contraste de proporciones para diseños de casos y controles. Se establecieron un nivel de confianza del 95 % y un poder estadístico del 80 %, utilizando como parámetros de entrada las prevalencias de exposición reportadas por Lluen (2019): 47 % para el grupo de casos y 26 % para el grupo control.
- c. **Muestra:**

$$N = \frac{\left[Z_{\alpha/2} \sqrt{2 * p * (1 - p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- N : “Número de casos y número de controles que se necesitarán”
- $Z_{\alpha/2} = 1.96$: “Nivel de confianza 95%”
- $Z_{\beta} = 0.84$: “Poder de prueba 80 %”
- $p = (p_1 + p_2)/2$: “Promedio de las dos frecuencia (0.36)”
- $p_1 = 0.47$: “Valor de la frecuencia en el grupo caso”
- $p_2 = 0.26$: “Valor de frecuencia en el grupo control”
- $n_1 = 81$: “Tamaño de la muestra para los casos”
- $n_2 = 162$: “Tamaño de la muestra para los controles”.

$$N = \frac{\left[1.96 \sqrt{2 * 0.36 * (1 - 0.36)} + 0.84 \sqrt{0.47(1 - 0.47) + 0.26(1 - 0.26)} \right]^2}{(0.47 - 0.26)^2}$$

$$N = 80.88295 \dots$$

Cantidad de mujeres en cada grupo de estudio:

- Número de casos (n_1): 81 mujeres con el diagnóstico de fibromialgia.
- Número de controles (n_2): 162 mujeres sin el diagnóstico de fibromialgia.

d. Criterios de Inclusión:

- **Grupo casos:**
 - Pacientes con el diagnóstico de fibromialgia hecho por un reumatólogo o médico internista utilizando los criterios ACR 2010 para fibromialgia que

asistan de forma ambulatoria a la Consulta Externa de Medicina Interna y Reumatología en el Hospital I Cono Sur durante 2023-2024.

- Mujeres mayores de 25 años de edad.
- Que estén dispuestas a participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

- **Grupo controles:**

- Pacientes sin el diagnóstico de fibromialgia que asistan de forma ambulatoria a la Consulta Externa de Medicina Interna y Reumatología en el Hospital I Cono Sur durante 2023-2024.
- Mujeres mayores de 25 años de edad.
- Que estén dispuestas a participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

e. Criterios de Exclusión:

- **Grupo casos:**

- Personas que padezcan enfermedades terminales con un pronóstico menor a los seis meses de vida.
- Personas con el diagnóstico de ansiedad o depresión.
- Personas con el diagnóstico de enfermedades del tejido conectivo (Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, panarteritis

nodosa, polimiositis, dermatomiositis, esclerodermia o esclerosis progresiva generalizada, enfermedad mixta del tejido conectivo, etc.).

- Personas con antecedentes neurológicos, psiquiátricos o de retraso mental antes de su diagnóstico de fibromialgia.
- Personas que no sepan leer ni escribir.

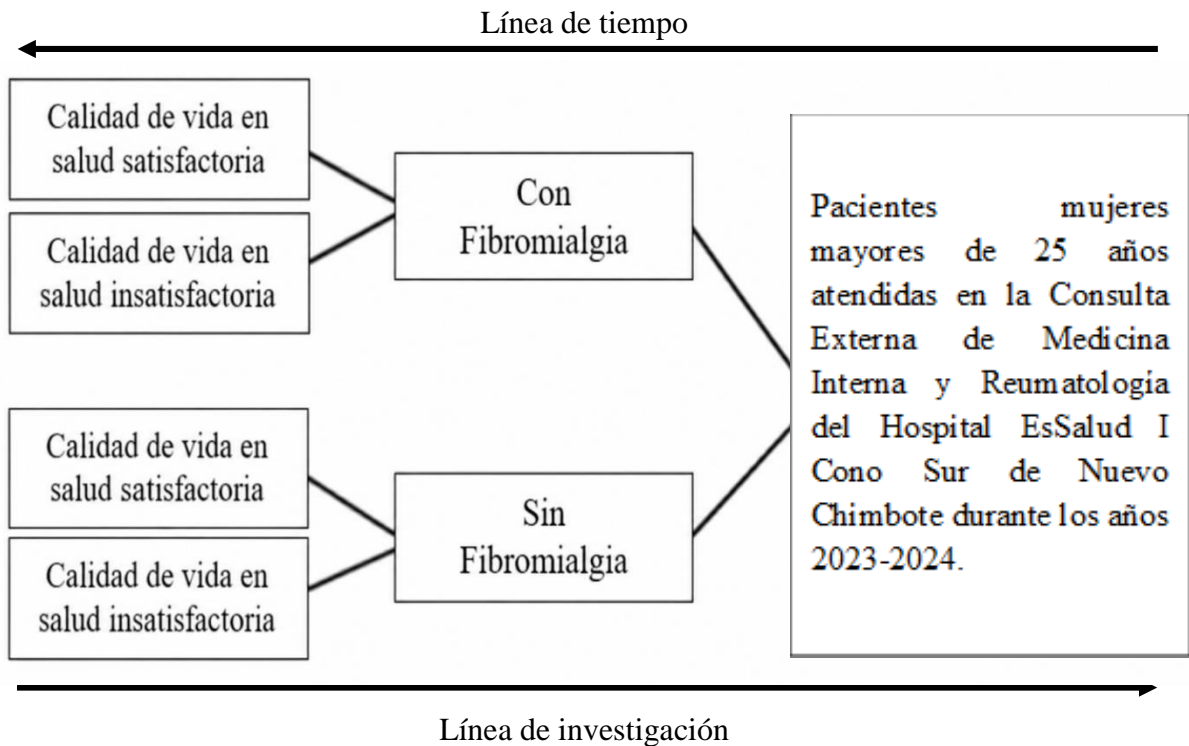
- **Grupo controles:**

- Personas que padezcan enfermedades terminales con un pronóstico menor a los seis meses de vida.
- Personas con el diagnóstico de ansiedad o depresión.
- Personas con el diagnóstico de enfermedades del tejido conectivo (Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, panarteritis nodosa, polimiositis, dermatomiositis, esclerodermia o esclerosis progresiva generalizada, enfermedad mixta del tejido conectivo, etc.).
- Personas con antecedentes neurológicos, psiquiátricos o de retraso mental antes de ser atendidas.
- Personas que no sepan leer ni escribir.

3.2.MÉTODOS

3.2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, de tipo observacional y analítico, de casos y controles.



3.2.2. VARIABLES

a. Variables de estudios

- Variable dependiente: Fibromialgia
- Variable independiente: Calidad de vida en salud
- Variables intervinientes: Grupo etario, nivel socioeconómico, estado civil, IMC.

b. Operacionalización de Variables (siguiente hoja)

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA	Síndrome caracterizado por dolor crónico, con una etiología que no está claramente establecida, con predominio femenino, asimismo se acompaña de síntomas como fatiga excesiva, reducción de la fuerza muscular, problemas de sueño, ansiedad, depresión, baja autoestima (Álvarez et al., 2022).	Pacientes mujeres ≥ 25 años atendidas en consulta externa de Medicina Interna y Reumatología del Hospital EsSalud I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante 2023–2024, con diagnóstico clínico de fibromialgia registrado en su historial clínico según criterios médicos institucionales.	Diagnóstico de fibromialgia	<p>Paciente con el diagnóstico de fibromialgia consignado en historia clínica</p> <hr/> <p>Paciente sin el diagnóstico de fibromialgia</p>	Categoría o cualitativa dicotómica	Nominal (Sí/No)	Historial clínico de paciente entrevistado

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Siguiendo a Gmuca et al. (2019), la CVRS representa el grado de satisfacción derivado de la ponderación que el individuo hace de su entorno y salud. Este concepto abarca tanto el juicio personal sobre el estado clínico como la autonomía o suficiencia del paciente para ejecutar sus actividades cotidianas.	Puntaje obtenido mediante el cuestionario SF-36 aplicado a las participantes. Se categoriza como insatisfactoria cuando el puntaje global es <49 y satisfactoria cuando es ≥50. (Vilagut et al., 2005).	Función física	Insatisfactorio (< 50 pts)	Categoría o cualitativa dicotómica	Nominal (Insatisfactorio/Satisfactorio)	Resultados del cuestionario SF-36 aplicado a las pacientes
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			
			Rol físico	Insatisfactorio (< 50 pts)			
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			
			Dolor corporal	Insatisfactorio (< 50 pts)			
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			
			Salud general	Insatisfactorio (< 50 pts)			
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			
			Vitalidad	Insatisfactorio (< 50 pts)			
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			
			Función social	Insatisfactorio (< 50 pts)			
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			
			Rol emocional	Insatisfactorio (< 50 pts)			
				Satisfactorio (≥ 50 pts)			

Salud mental Insatisfactorio (< 50 pts)
Satisfactorio (≥ 50 pts)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CONFUSORAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
GRUPO ETARIO	Según la OMS (2015), el grupo etario viene a ser las personas clasificadas por la edad, desde el nacimiento hasta los octogenarios y más viejos. Al agrupar a individuos en etapas de vida cercanas, este concepto se convierte en una herramienta fundamental para el estudio de datos y la producción científica.	Edad de la participante registrada en años cumplidos y categorizada como: “Joven (18 – 29), Adulto joven (30 – 44), Adulto (45 – 60) y Adulto mayor (≥60 años)”.	Etapas de vida	Edad cronológica	Cualitativa o categórica politómica	Ordinal (Joven, adulto joven, adulto o adulto mayor)	Resultados del cuestionario sociodemográfico aplicado a las pacientes
NIVEL SOCIOECONÓMICO	El nivel socioeconómico (NSE) es un indicador compuesto por factores financieros y sociales con el fin de calificar la competencia laboral y el estatus relativo de una persona o familia frente al resto de la sociedad (Romero y Vera, 2016).	Clasificación del nivel socioeconómico según la encuesta APEIM, categorizada en los niveles A, B, C, D y E.	Estrato socioeconómico	Nivel según la encuesta APEIM	Cualitativa o categórica politómica	Ordinal (A, B, C, D o E)	Resultados del cuestionario APEIM aplicado a las pacientes

ESTADO CIVIL	<p>Conforme a la Real Academia Española (RAE, 2023), el estado civil representa la situación jurídica de un individuo determinada por factores como su origen, nacionalidad, parentesco o vínculo matrimonial. Esta condición, inscrita oficialmente en el Registro Civil, establece el marco de derechos y deberes legales que corresponden a cada persona.</p>	<p>Estado civil referido por la participante y registrado en el cuestionario sociodemográfico: Soltera, Casada, Divorciada, Separada, Viuda o Conviviente.</p>	Situación conyugal	Categoría de estado civil	Cualitativa o categórica politómica	Nominal (Soltera, Divorciada, Casada, Separada, Viuda o Conviviente)	Resultados del cuestionario sociodemográfico aplicado a las pacientes
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	<p>De acuerdo con la OMS (2024), el IMC constituye un indicador indirecto de la adiposidad, el cual se calcula dividiendo el peso del individuo entre el cuadrado de su talla (kg/m²).</p>	<p>IMC calculado como peso (kg) / talla² (m²) y categorizado en: “Peso insuficiente (<18.5), Peso normal (18.5–24.9), Sobrepeso (25.0–29.9), Obesidad grado I (30.0–34.9), Obesidad grado II (35.0–39.9), Obesidad grado III (≥40)”.</p>	Estado nutricional	Categoría de IMC	Cualitativa o categórica politómica	Ordinal	Resultados del cuestionario sociodemográfico aplicado a las pacientes.

3.2.3. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Realizamos los siguientes pasos para la recopilación de datos necesarios en la investigación:

- Presentamos el proyecto titulado “Asociación entre la calidad de vida en salud con la fibromialgia en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, 2023-2024” a la dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa, posteriormente, fue evaluado y se obtuvo la aprobación necesaria por parte de comité de ética.
- Posterior a la aprobación de la solicitud, el proyecto fue presentado al comité de ética de la Red Asistencial Áncash – EsSalud, en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, donde fue aprobado mediante resolución; luego se realizó la captación presencial de las pacientes que asistieron a consulta externa en el servicio de Reumatología del Hospital I Cono Sur durante los años 2023 – 2024 que tuvieran como diagnóstico la fibromialgia (grupo de casos, CIE-10: M79.7) y sin dicho diagnóstico (controles). Finalmente, pudimos identificar a nuestra población que asistió al servicio mencionado.
- Se realizó el tipo de muestreo aleatorio simple con el fin de obtener una muestra final de 81 casos y 162 controles, lo cual nos ayudó a evaluar la posible asociación entre las variables de estudio.
- En primer lugar, se tomó en cuenta el cumplimiento de los criterios de selección, y se descartaron a los pacientes que no cumplían con dichos criterios. Después de explicarles los fines de nuestra investigación y haberles mencionado que nuestro proyecto ayudará a conocer el grado de calidad de vida en salud, aquellos pacientes que aceptaron participar en nuestro estudio firmaron el consentimiento informado (**Anexo 1**) y se les brindaron los cuestionarios (**Anexos 2, 3 y 4**) para la evaluación de nuestras variables.
- Posterior a la firma del consentimiento informado, se les brindó a las pacientes la ficha de recolección de datos (**Anexo 2**), la encuesta para evaluar los niveles

socioeconómicos según categorías en la versión modificada 2011 – 2012 APEIM (**Anexo 3**) y el Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems (SF-36) (**Anexo 4**).

- La sección I de la ficha de recolección de datos (**Anexo 2**) registró datos generales de las pacientes como la edad y el sexo, permitiendo identificar a nuestra población. Del mismo modo, se registró información sobre alguna patología psiquiátrica, reumatológica o neurológica que pueda influir en la calidad de vida en salud de las pacientes. Aquellas pacientes que tuvieran alguna de dichas patologías fueron excluidas de la investigación, tal y como se estableció en los criterios de exclusión.
- La sección II de la ficha de recolección de datos (**Anexo 2**), recopiló información sobre el estado civil, el peso y la talla, estos datos recopilados nos permitieron evaluar posibles variables confusoras.
- Además, se logró clasificar el nivel socioeconómico de las pacientes en NSE A, NSE B, NSE C, NSE D y NSE E mediante la encuesta para evaluar los niveles socioeconómicos según categorías en la versión modificada 2011 – 2012 APEIM (**Anexo 3**). Asimismo, se registraron los puntajes obtenidos de cada dimensión del Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems (SF-36) (**Anexo 4**) categorizados en satisfactorio (≥ 50 puntos) e insatisfactorio (<50 puntos).
- Finalmente, se completó el tamaño muestral para cada grupo de estudio y al finalizar la recopilación de toda la información necesaria, se registró dicha información en una base de datos manteniendo la confidencialidad para la elaboración del análisis estadístico.

3.2.4. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Con el fin de recolectar datos, se elaboró una ficha de recolección de datos (**Anexo 2**), en el que se incluyeron 2 secciones compuestas de preguntas cerradas acerca de información útil para cumplir los criterios de inclusión y sobre las variables a medir. Consideramos esta ficha

una herramienta cuyo propósito es la transferencia de información necesaria desde las pacientes hacia la base de datos, por lo cual no fue sometida a proceso de validación.

- Sección I: recolectó datos generales como la edad, el sexo e información sobre algún antecedente patológico que pueda impactar en la calidad de vida en salud; asimismo permitimos regímenes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
- Sección II: recolectó información sobre el estado civil, el peso y la talla, lo que implica obtener el IMC de las pacientes y evaluar posibles variables confusoras.

Para la determinación de nivel socioeconómico, aplicamos la escala de la Asociación Peruana de Empresas de Inteligencia de Mercados (APEIM) (**Anexo 3**), la cual consta de siete ítems que evalúan el equipamiento del hogar y el grado de instrucción del jefe de familia. Se empleó este instrumento debido a que según Romero y Vera (2016) se reportó una consistencia interna de 0.901, clasificando el puntaje obtenido (rango 5 – 40) en los niveles socioeconómicos A, B, C, D y E.

Como instrumento principal y con el fin de evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se empleó Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems (SF-36) (**Anexo 4**), el cual es un instrumento estandarizado que consta de 36 ítems distribuidos en ocho dimensiones funcionales físicas y psicosociales. Se eligió este instrumento debido a su elevada fiabilidad, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94 reportado en contextos locales (Martel y Azabache, 2017). Los puntajes obtenidos tienen una escala de 0 a 100 puntos, donde aquellas puntuaciones más cercanas al valor máximo representan un mejor estado de bienestar. Finalmente, el análisis dicotómico de asociación implicó utilizar el punto de corte propuesto por Carranza y Grosso (2019), definiendo como Calidad de Vida Relacionada en Salud Satisfactoria a aquellos puntajes iguales o superiores a 50, e Insatisfactoria a los valores por debajo de dicho límite.

3.2.5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se creó una base de datos con la información extraída de las pacientes mediante los instrumentos de recolección de datos, todo esto se llevó a cabo utilizando Microsoft Excel 2019. Posterior a ello, los datos fueron analizados estadísticamente a través de software IBM SPSS Statistics v. 27.0.

Estadística descriptiva: Se presentan los resultados obtenidos en tablas de contingencia donde se muestran medidas de frecuencia absolutas (n) y relativas (%) de las variables cualitativas, en concordancia con los objetivos establecidos en esta investigación.

Estadística analítica: Con el fin de evaluar la comparación de los puntajes obtenidos en todas las dimensiones de la encuesta SF-36 y qué estadísticos serían pertinentes de emplear, se evaluó la normalidad de estos datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), obteniendo un p valor < 0.001 , lo cual implicó que dichos puntajes tienen una distribución anormal. Entonces, para la comparación de los puntajes de las dimensiones en ambos grupos, se empleó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney (U).

Asimismo, se realizó la categorización de los resultados de los componentes resumidos (PCS y MCS) y de la puntuación global del cuestionario SF-36 con el fin de emplear la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado (χ^2). Las asociaciones se consideraron estadísticamente significativa siempre y cuando el valor de la probabilidad de error (p) fue inferior al 5 % ($p < 0.05$). Por lo tanto, si el valor de p es mayor a lo establecido, se acepta la hipótesis nula y se descarta la alterna; por otro lado, si el valor de p es menor a lo establecido, se mantiene la hipótesis de la investigación y se rechaza la nula. Además, el estudio llevó a cabo la prueba de asociación utilizando el odds ratio (OR), con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Se realizó el análisis multivariado mediante la regresión logística binaria con el fin de evaluar la asociación entre las variables de estudio, se incluyeron en el modelo a aquellas variables que fueron consideradas clínicamente relevantes. Los resultados se expresaron mediante odds ratio ajustado (ORa) con intervalos de confianza del 95%.

Por último, la calidad de ajuste del modelo se evaluó mediante el estadístico de $-2 \log \text{likelihood}$ ($-2LL$), así como los coeficientes de determinación pseudo- R^2 de Cox y Snell y de Nagelkerke, los cuales nos permitieron estimar la proporción de variabilidad explicada por el modelo, asimismo se empleó la prueba de Hosmer-Lemeshow para evaluar la calibración del modelo, considerando un valor de $p > 0.05$ como significativo para un buen ajuste entre los valores observados y los predichos.

Estadígrafo de estudio: Debido a que es una investigación con el fin de evaluar la asociación entre las variables cualitativas del diagnóstico de fibromialgia y la calidad de vida en salud mediante el diseño de casos y controles, se calculó el odds ratio (OR) con IC del 95 %, teniendo en cuenta lo siguiente:

- 1) Un $OR = 1$ indica que no existe asociación alguna.
- 2) Un $OR > 1$ indica que se trata de un factor de riesgo
- 3) Un $OR < 1$ indica que se trata de un factor de protección.

3.3.ASPECTOS ÉTICOS

El desarrollo del presente estudio se ajustó a los lineamientos éticos de la Declaración de Helsinki y al Código de Ética correspondiente. Asimismo, se garantizó el cumplimiento de los artículos 42, 43 y 48 del Código de Ética y Deontología del Colegio médico del Perú, asegurando el respeto de los principios deontológicos de la práctica médica.

Asimismo, el proyecto contó con la revisión y aprobación del Comité de Ética correspondiente a la Escuela Profesional de Medicina Humana de la UNS, además, se buscó la autorización correspondiente al comité de ética de la Red Asistencial de Áncash – EsSalud, en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote para llevar a cabo la investigación.

Los datos recolectados para esta investigación garantizarán el anonimato de los participantes, protegiendo tanto su integridad como privacidad, pues no incluirán datos como el nombre o DNI del participante. El estudio contará con la declaración voluntaria y libre a través de un consentimiento informado firmado por el participante. Este proyecto no busca bajo ninguna circunstancia vulnerar los derechos de los participantes.

Finalmente, la construcción de la base de datos se realizó mediante el uso de códigos, garantizando la privacidad de cada dato brindado por los participantes de estudio. De este modo, el estudio utilizó únicamente los datos necesarios para su ejecución, los cuales fueron analizados con fines exclusivamente investigativos. Asimismo, se asume el compromiso por parte nuestra de presentar los resultados obtenidos de forma completa y objetiva, sin modificaciones ni intereses personales que puedan afectar a su interpretación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1.RESULTADOS

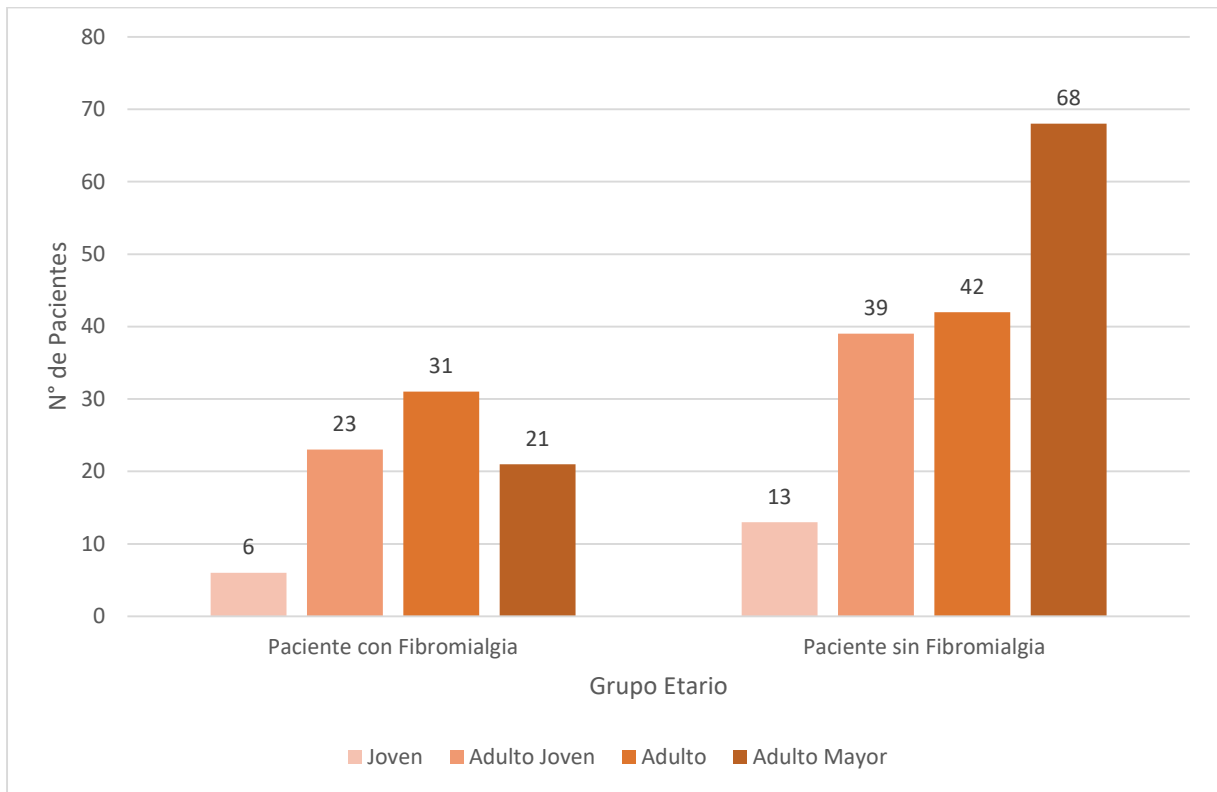
Tabla 1. Características sociodemográficas y nutricionales de las pacientes en los grupos de casos y controles.

Variables	Pacientes con FM (n = 81)	Pacientes sin FM (n = 162)
Grupo etario		
Joven	6 (7.4 %)	13 (8.0 %)
Adulto Joven	23 (28.4 %)	39 (24.1 %)
Adulto	31 (38.3 %)	42 (25.9 %)
Adulto Mayor	21 (25.9 %)	68 (42.0 %)
Estrato Socioeconómico		
NSE A	19 (23.5 %)	42 (25.9 %)
NSE B	25 (30.9 %)	37 (22.8 %)
NSE C	21 (25.9 %)	39 (24.1 %)
NSE D	16 (19.8 %)	44 (27.2 %)
NSE E	0 (0 %)	0 (0 %)
Estado civil		
Soltera	14 (17.3 %)	20 (12.3 %)
Casada	13 (16.0 %)	42 (25.9 %)
Divorciada	13 (16.0 %)	28 (17.3 %)
Separada	10 (12.3 %)	25 (15.4 %)
Viuda	12 (14.8 %)	26 (16.0 %)
Conviviente	19 (23.5 %)	21 (13.0 %)
IMC		
Peso insuficiente	1 (1.2 %)	9 (5.6 %)
Peso normal	12 (14.8 %)	50 (30.9 %)
Sobrepeso	20 (24.7 %)	32 (19.8 %)
Obesidad grado I	30 (37.0 %)	37 (22.8 %)
Obesidad grado II	11 (13.6 %)	22 (13.6 %)
Obesidad grado III	7 (8.6 %)	12 (7.4 %)

IMC: índice de masa corporal; NSE: nivel socioeconómico; FM: fibromialgia.

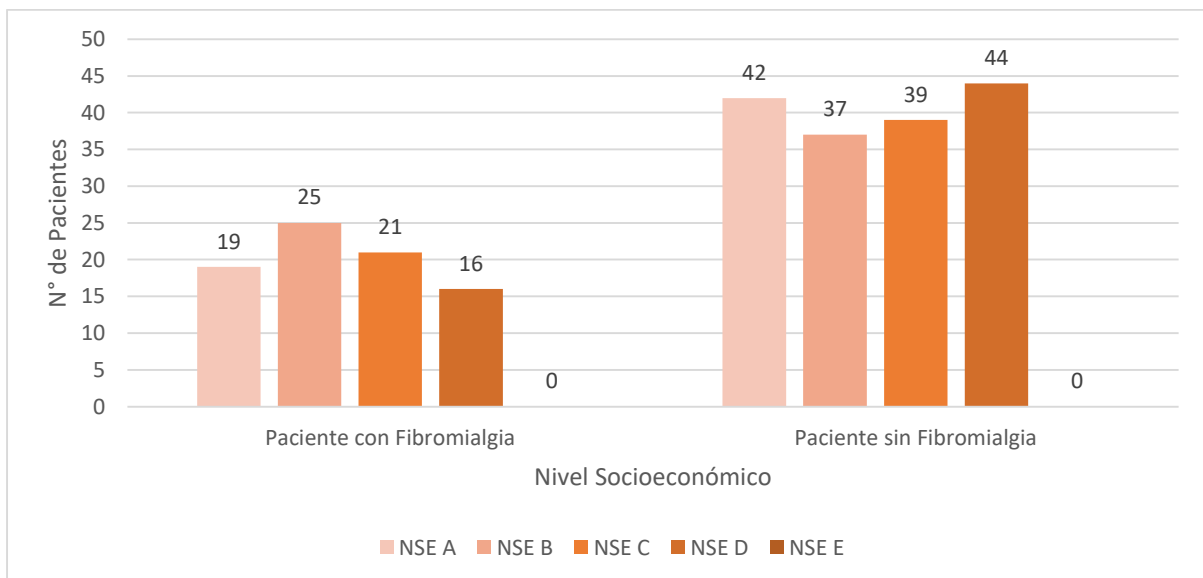
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Ilustración 1. Distribución del grupo etario en las pacientes de los casos y controles.



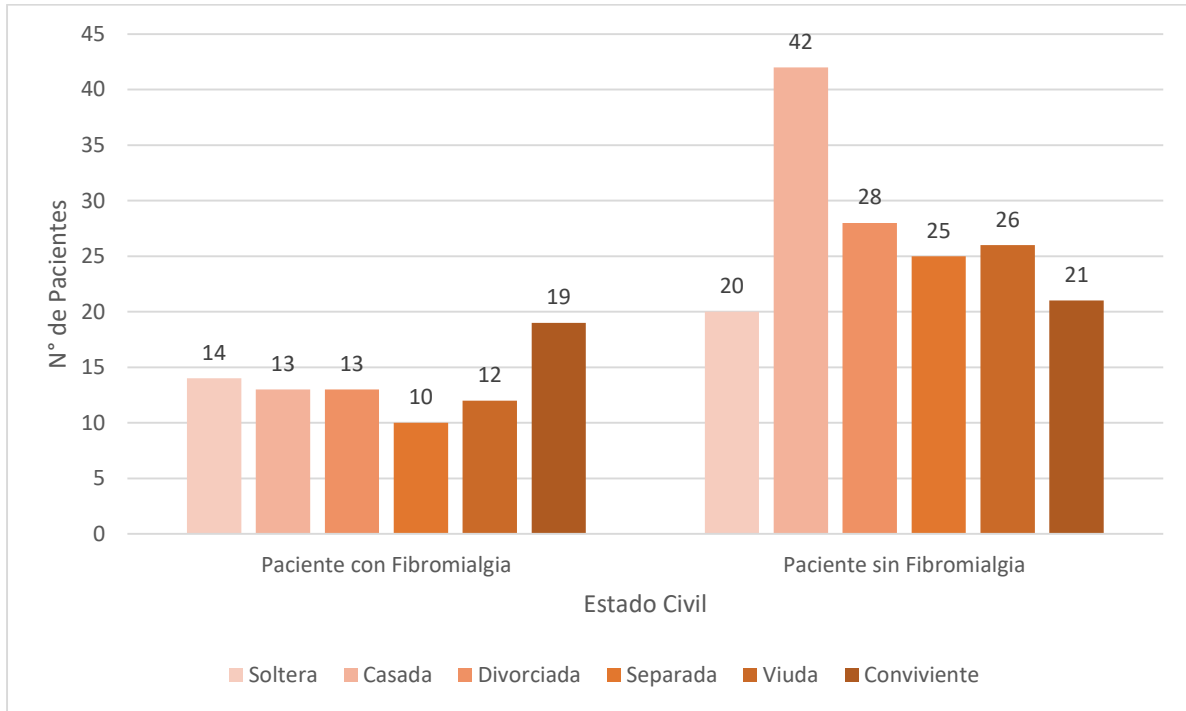
Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la encuesta aplicada.

Ilustración 2. Distribución del nivel socioeconómico en las pacientes de los casos y controles.



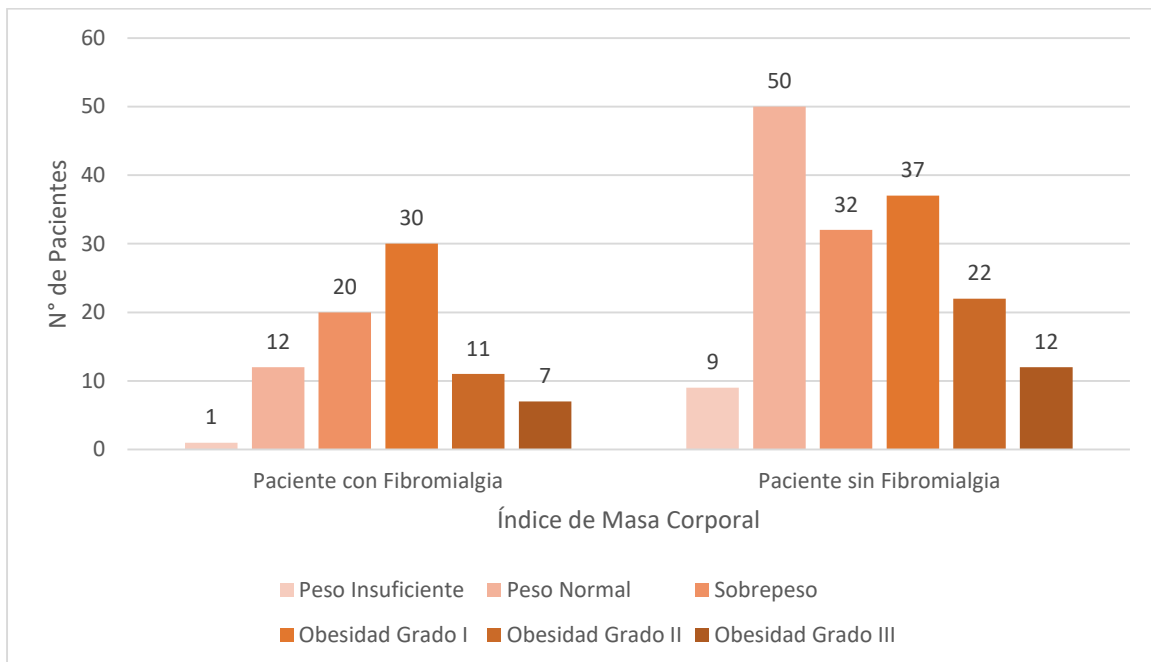
Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la encuesta aplicada.

Ilustración 3. Distribución del estado civil en las pacientes del grupo de los casos y controles.



Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la encuesta aplicada.

Ilustración 4. Distribución del IMC en las pacientes del grupo de los casos y controles.



Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la encuesta aplicada.

Tabla 2. Comparación de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud entre los grupos de casos y controles.

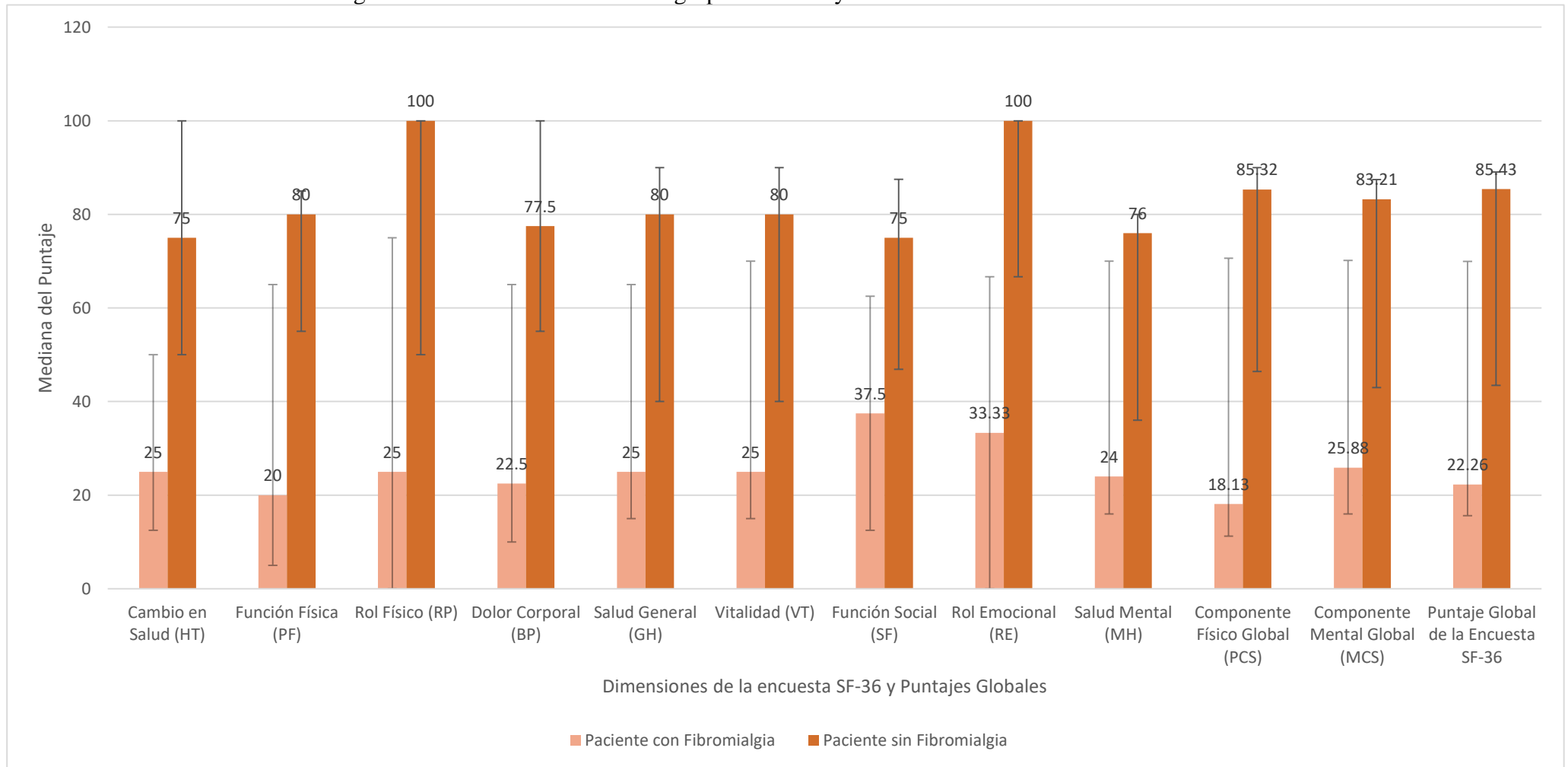
	Grupos						U	p *
	Pacientes con FM (n = 81)			Pacientes sin FM (n = 162)				
	\bar{x} (DE)	IC 95%	Me (RIQ)	\bar{x} (s)	IC 95%	Me (RIQ)		
HT	37.04 (28.81)	30.67 – 43.41	25 (37.5)	74.54 (27.37)	70.29 – 78.78	75 (50)	2452.5	p < 0.001
PF	33.83 (29.55)	27.29 – 40.36	20 (60)	71.67 (20.25)	68.53 – 74.81	80 (30)	1997	p < 0.001
RP	38.27 (39.94)	29.44 – 47.10	25 (75)	75.46 (39.55)	69.33 – 81.60	100 (50)	3371.5	p < 0.001
BP	32.59 (29.14)	26.15 – 39.04	22.5 (55)	71.31 (23.91)	67.60 – 75.02	77.5 (45)	2142.5	p < 0.001
GH	37.22 (27.55)	31.13 – 43.31	25 (50)	70.19 (24.68)	66.36 – 74.02	80 (50)	2238	p < 0.001
VT	37.65 (28.19)	31.42 – 43.89	25 (55)	69.44 (25.48)	65.49 – 73.40	80 (50)	2153.5	p < 0.001
SF	39.51 (31.65)	32.51 – 46.50	37.5 (50)	71.60 (25.46)	67.65 – 75.56	75 (40.63)	2761.5	p < 0.001
RE	40.74 (40.48)	31.79 – 49.69	33.33 (66.67)	77.57 (27)	73.38 – 81.76	100 (33.33)	3230.5	p < 0.001
MH	38.42 (26.63)	32.53 – 44.31	24 (54)	63.23 (25.27)	59.31 – 67.16	76 (44)	2919.5	p < 0.001
PCS	35.48 (28.93)	29.08 – 41.88	18.13 (59.38)	72.16 (24.96)	68.29 – 76.03	85.32 (43.59)	1735	p < 0.001
MCS	39.08 (26.72)	33.17 – 44.99	25.88 (54.15)	70.47 (23.77)	66.78 – 74.15	83.21 (44.44)	1795.5	p < 0.001
SF-36	37.25 (26.09)	31.48 – 43.02	22.26 (54.34)	71.67 (23.84)	67.97 – 75.37	85.43 (45.61)	1631	p < 0.001

*Todas las diferencias entre las pacientes con y sin fibromialgia fueron significativas con un valor $p < 0.05$.

BP: Dolor Corporal; DE: Desviación Estándar; GH: Salud General; HT: Cambio en Salud; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%; MCS: Componente Mental Global; Me: Mediana; MH: Salud Mental; p: Valor de probabilidad asociado a la prueba estadística; PCS: Componente Físico Global; PF: Función Física; RE: Rol Emocional; RIQ: Rango Intercuartílico; RP: Rol Físico; SF: Función Social; SF-36: Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems; U: U de Mann-Whitney; VT: Vitalidad; \bar{x} : Media.

Fuente: Resultados del Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems.

Ilustración 5. Perfil de la CVRS según el cuestionario SF-36 en los grupos de casos y controles.



Nota: Los bigotes representan el rango intercuartílico (distancia entre el percentil 25 y 75).
 Fuente: Elaboración propia en base a los resultados de la encuesta aplicada.

Tabla 3. Asociación entre los componentes y el puntaje global de la calidad de vida relacionada con la salud y la fibromialgia en el grupo de casos y controles.

Componentes de la CVRS	Pacientes				Total		χ^2	p	OR	IC 95%
	Casos		Controles		n	%				
	n	%	n	%						
PCS							37.125	<0.001	5.673	3.173 – 10.142
Insatisfactoria	55	67.9	44	27.2	99	40.7				
Satisfactoria	26	32.1	118	72.8	144	59.3				
MCS							28.499	<0.001	4.496	2.546 – 7.939
Insatisfactoria	53	65.4	48	29.6	101	41.6				
Satisfactoria	28	34.6	114	70.4	142	58.4				
SF-36							21.064	<0.001	3.596	2.057 – 6.288
Insatisfactoria	51	63.0	52	32.1	103	42.4				
Satisfactoria	30	37.0	110	67.9	140	57.6				

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud; IC 95 %: Intervalo de Confianza al 95 %; MCS: Componente Mental Global; OR: Odds Ratio; p: Valor de probabilidad asociado a la prueba estadística; PCS: Componente Físico Global; SF-36: Cuestionario de Salud de Forma Corta de 36 ítems; χ^2 : Chi-cuadrado de Pearson.

Tabla 4. Ajuste por análisis multivariado de regresión logística binaria para los componentes físico y mental de la calidad de vida (SF-36) e indicadores de bondad de ajuste.

Modelo y Variables	B	ORa	p	IC 95%
PCS				
CVRS Insatisfactoria	1.736	5.673	< 0.001	3.173 – 10.142
Constante	-1.513	0.220	< 0.001	
MCS				
CVRS Insatisfactoria	1.503	4.496	< 0.001	2.546 – 7.939
Constante	-1.404	0.246	< 0.001	
Indicadores de Bondad de Ajuste		PCS	MCS	
-2LL		272.022	280.766	
R2 CS		0.142	0.111	
R2 N		0.198	0.154	
H-L (p)		0.777	0.545	

-2LL: -2 log likelihood; B: Coeficiente de Regresión Logística; H-L (p): Prueba de Hosmer-Lemeshow (Valor de probabilidad asociado a la prueba estadística); IC 95 %: Intervalo de Confianza al 95 %; MCS: Componente Mental Global; ORa: Odds Ratio Ajustado; p: Valor de probabilidad asociado a la prueba estadística; PCS: Componente Físico Global; R² CS: Coeficiente de Determinación de Cox y Snell; R² N: Coeficiente de Determinación de Nagelkerke.

Nota: Modelos ajustados mediante el método de eliminación hacia atrás (Wald), habiendo incluido inicialmente el grupo etario, el estado civil, el nivel socioeconómico y el índice de masa corporal.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIONES

La fibromialgia se considera una de las enfermedades de dolor crónico más complejas en la práctica médica actual, debido a su etiología multifactorial y su profundo impacto sobre la funcionalidad y el bienestar subjetivo del paciente. Esta condición suele ocasionar un mayor deterioro multidimensional en las mujeres, no solo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y laboral. La evidencia sugiere que la CVRS no es solo a raíz de la enfermedad, sino un indicador importante para el pronóstico y éxito terapéutico en términos de atención primaria y especializada.

Bajo esta premisa, el presente estudio se centró en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante el periodo 2023 – 2024. El objetivo principal fue establecer si existe asociación significativa entre el diagnóstico de fibromialgia y el deterioro de la CVRS, utilizando un diseño de casos y controles que permitió una comparación rigurosa. Los hallazgos de este estudio no solo buscan cubrir el vacío en la información local, sino también pretenden optimizar las estrategias de intervención integral tanto en el manejo de atención primaria y especializado en los servicios de Medicina Interna y Reumatología, reconociendo a la calidad de vida como un factor determinante en el manejo clínico.

En la **Tabla 1** se muestra el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos extraídos mediante la encuesta aplicada. Se evaluó la distribución del grupo etario, el estrato socioeconómico, el estado civil y el IMC en una muestra de 81 casos de fibromialgia y 162 controles sanos. Se observan ciertas frecuencias particulares dentro de ambos grupos. En el grupo de los casos se evidencia que el grupo etario predominante fue el de las pacientes adultas con un 38.3 % (n = 31), seguido de pacientes adultas jóvenes con un 28.4 % (n = 23) y, menor medida, las pacientes jóvenes con un 7.4 % (n = 6). En contraste, en el grupo control, las pacientes adultas mayores representaron la mayoría con un 42.0 % (n = 68), seguidas de las adultas con un 25.9 % (n = 42).

En relación con la edad, se observó que la fibromialgia fue más frecuente en el grupo adulto, mientras que en el grupo control predominaron los adultos mayores; esto sugiere una mayor concentración de la enfermedad en edades intermedias de la vida. Estos hallazgos guardan

coherencia con estudios clínicos que reportan mayor frecuencia de la fibromialgia en pacientes adultos y adultos jóvenes (Martínez et al., 2001; Roshan et al., 2009; Núñez et al., 2023). Esta distribución podría explicarse por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales junto con mecanismos de sensibilización central desarrollados progresivamente a lo largo de la vida.

Respecto al estrato socioeconómico (**Tabla 1**), la mayoría de casos se ubicó en el nivel socioeconómico B (Nivel medio) (30.9 %; n = 25), mientras que en el grupo control la gran mayoría cuenta con un nivel D (nivel bajo inferior), representado por un 27.2 % (n = 44). El presente estudio no encontró predominio de fibromialgia en los niveles socioeconómicos más bajos, lo cual difiere de lo reportado en investigaciones previas (Salaffi et al., 2009; Lozano et al., 2020). Sin embargo, existe evidencia donde el nivel educativo, considerado un indicador indirecto del nivel socioeconómico, ha sido asociado con la fibromialgia (Cardona et al., 2013; Assumpção et al., 2010). Un estudio de cohorte prospectivo encontró que las mujeres con menor nivel educativo presentaron un mayor riesgo de desarrollar fibromialgia (HR = 2,56; IC 95%: 2,32–2,91), en comparación con aquellas con mayor nivel educativo (Benebo et al., 2024). Parte de esta asociación estaría mediada por factores relacionados con el estilo de vida, como el índice de masa corporal, el tabaquismo y la actividad física. En este contexto, las diferencias entre ambos estudios podrían explicarse por el uso de distintos indicadores para evaluar el nivel socioeconómico, así como por las características propias de la población estudiada.

En cuanto al estado civil (**Tabla 1**), el grupo de casos se conformó mayoritariamente de mujeres convivientes (23.5 %; n = 19), seguidas de solteras (17.3 %; n = 15). En el grupo control, por su lado, mostró una mayor proporción de mujeres casadas con un 25.9 % (n = 42). Aunque no se evidenciaron diferencias estadísticamente marcadas como el estudio realizado por Carmen et al. (2022) y Ovayolu et al. (2011), otras investigaciones sugieren que los factores relacionados con la vida en pareja influyen en la evolución y el impacto de la enfermedad. En este sentido, un estudio realizado en 257 pacientes con fibromialgia encontró que el 41,6% presentaba una buena adaptación marital, mientras que el 30,7% presentaba una mala adaptación, evidenciándose que aquellos con peor ajuste marital presentaban peores resultados en variables psicológicas y clínicas, incluyendo mayor depresión, alteraciones del sueño y

percepción de carga interpersonal (Calandre et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que, más que el estado civil en sí, la calidad de la relación de pareja podría desempeñar un papel relevante. En este contexto, la ausencia de diferencias claras en el presente estudio podría explicarse por la no evaluación de variables relacionadas con la dinámica o calidad de las relaciones interpersonales.

Finalmente, los datos del IMC (**Tabla 1**) revelan que, en el grupo de casos, predomina la obesidad grado I (37.0 %; n =30), seguida del sobrepeso (24.7 %; n = 20). En el grupo control, la mayoría presentó un índice de masa dentro del rango normal (30.9 %; n = 50). Estos hallazgos convergen con lo reportado por Atzeni et al. (2021), quienes en un estudio con 2,339 pacientes con fibromialgia encontraron que aproximadamente el 32% de los pacientes presentaban obesidad y alrededor del 38% sobrepeso, evidenciando una alta frecuencia de exceso de peso en esta población. Asimismo, dicho estudio demostró que los pacientes con mayor índice de masa corporal presentaban puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas de severidad de la enfermedad y peor estado funcional. De igual manera estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Okifuji et al. (2020), quienes en un estudio en pacientes con fibromialgia encontraron que aproximadamente el 47% presentaba obesidad, evidenciando una elevada frecuencia de exceso de peso en esta población, dicho estudio demostró que los pacientes con obesidad presentaban mayores niveles de dolor, peor calidad de sueño y mayor discapacidad física en comparación con aquellos con peso normal.

Esta asociación podría estar mediada por mecanismos de inflamación crónica de bajo grado y una sensibilización central exacerbada por el sedentarismo secundario a los síntomas. En este contexto, los resultados del presente estudio refuerzan la importancia de considerar el estado nutricional como un factor relevante en el abordaje integral de estas pacientes.

En la **Tabla 2** se presenta la comparación de puntajes del cuestionario SF-36 en pacientes con el diagnóstico de Fibromialgia (n = 81) y en pacientes sin la enfermedad (n = 162). Debido a la distribución anormal de los datos (Kolmogórov-Smirnov, $p < 0.05$) se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones entre ambos grupos. Se evidenció un deterioro significativo en todas las dimensiones en las pacientes con fibromialgia ($p < 0.05$). Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en la literatura, donde también se describe que la

fibromialgia afecta de manera integral la percepción de salud y el funcionamiento diario de quienes la padecen (Martinez et al., 2001; Hoffman & Dukes, 2008; Salaffi et al., 2009). Los hallazgos consolidan la idea de la afección biopsicosocial que ocasiona la fibromialgia.

En relación con las dimensiones físicas, las medianas en función física (20), rol físico (25) y dolor corporal (22.5) fueron drásticamente inferiores a las del grupo control (80, 100 y 77.5, respectivamente). Estos resultados son comparables con los reportados por Martinez et al. (2001), quienes describieron medianas de aproximadamente 39.4 en función física, 14.8 en rol físico y 26.5 en dolor corporal en pacientes con fibromialgia, evidenciando igualmente un deterioro importante frente al grupo control. Si bien los valores en nuestro estudio son incluso menores, la tendencia es consistente y sugiere una afectación considerable y reproducible del componente físico en diferentes poblaciones. La afección de las dimensiones estudiadas se relacionaría con fenómenos de sensibilización central, en los cuales existe una amplificación de las señales nociceptivas, así como alteraciones en neurotransmisores como serotonina y dopamina, generando hiperalgesia, fatiga persistente y disminución de la tolerancia al esfuerzo.

La dimensión de vitalidad y la percepción de salud general también mostraron medianas reducidas (Me = 25 en ambos casos). Con respecto a la vitalidad, estos hallazgos refuerzan que la fatiga y el cansancio persistente son síntomas cardinales, tal como lo señalan Martinez et al. (2001), quienes encontraron una mediana de 38.6 en la vitalidad. Revisiones sistemáticas han señalado que la vitalidad es consistentemente una de las dimensiones más afectadas del SF-36 en fibromialgia, con valores significativamente menores en comparación con la población general (Häuser et al., 2015). Esto podría estar asociado a la presencia de trastornos del sueño no reparador, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y alteraciones autonómicas, lo que condiciona una sensación persistente de cansancio.

En cuanto a la percepción de salud general, los hallazgos reflejan una percepción significativamente más negativa del estado de salud en el grupo de casos. Estos resultados son comparables con lo reportado por Martinez et al. (2001), quienes encontraron una mediana de 43.3 en esta dimensión, evidenciando igualmente un deterioro importante. Adicionalmente, Assumpção et al. (2010) demostraron que el cuestionario SF-36 posee una adecuada capacidad discriminativa para diferenciar pacientes con fibromialgia de individuos sanos en todas sus

dimensiones, lo que respalda la validez de los resultados obtenidos en el presente estudio, aun cuando no se reporten valores de mediana directamente comparables. Estos hallazgos refuerzan que la percepción de salud en la fibromialgia se encuentra globalmente afectada, no solo por los síntomas físicos, sino también por factores psicológicos y sociales asociados a la enfermedad.

En relación con las dimensiones mentales, se evidenció un compromiso importante en la salud mental (Me = 24), el rol emocional (Me = 33.33) y la función social (Me = 37.5) en el grupo de los casos. Estos resultados son concordantes con los hallazgos de Martínez et al., quienes reportaron medianas bajas en salud mental, rol emocional y función social (44.3; 32.3 y 45.1, respectivamente), evidenciando un patrón similar de afectación. Asimismo, Salaffi et al. (2009), aunque su reporte fue en base a las medias, describieron un deterioro significativo del componente mental en pacientes con fibromialgia en comparación con población general, lo cual refuerza la consistencia de los hallazgos en este estudio. Ello se explica por disfunciones en el sistema límbico y en los mecanismos de regulación emocional, así como por la interacción bidireccional entre dolor crónico, ansiedad y depresión, generando un círculo vicioso que perpetúa la enfermedad.

Al analizar los componentes globales, se observó que tanto el componente físico como el mental se encuentran severamente comprometidos en las pacientes con fibromialgia, con medianas de 18.13 y 25.88 respectivamente. Estos hallazgos son coherentes con lo reportado por Salaffi et al. (2009), quienes evidenciaron un deterioro significativo en ambos componentes del SF-36 en pacientes con fibromialgia. Asimismo, Hoffman y Dukes (2008) describen que esta enfermedad genera uno de los mayores impactos negativos en la calidad de vida entre las condiciones crónicas. Estudios más recientes han reforzado esta evidencia, señalando que la fibromialgia afecta simultáneamente múltiples dominios de la salud, consolidándose como una condición de alto impacto biopsicosocial (Häuser et al., 2015; Galvez-Sánchez et al., 2022; Fernández, Samartin y Carillo de la Peña, 2022).

Finalmente, el puntaje global del SF-36 mostró una mediana de 22.26 en las pacientes con fibromialgia, lo que confirma un deterioro generalizado de la calidad de vida. Este patrón coincide con múltiples estudios internacionales que describen a la fibromialgia como una de

las condiciones con mayor impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud (Hoffman & Dukes, 2008; Salaffi et al., 2009). En conjunto, estos hallazgos refuerzan que la fibromialgia debe entenderse como una enfermedad de naturaleza biopsicosocial, en la cual la interacción entre dolor crónico, fatiga, alteraciones del sueño y factores emocionales condiciona un deterioro global del bienestar del paciente (Assumpção et al., 2010).

Respecto al análisis bivariado presentado en la **Tabla 3**, el componente físico global (PCS) evidenció el impacto más crítico ante la presencia de la enfermedad. Se halló que el 67.9 % (n = 55) de las pacientes con fibromialgia presentaron un puntaje insatisfactorio, proporción significativamente superior al 27.2 % (n = 44) registrado en el grupo control. La prueba de Chi-cuadrado confirmó una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables estudiadas ($\chi^2 = 37.125$; $p < 0.001$). Asimismo, el análisis de riesgo estimó un Odds Ratio (OR) de 5.673 (IC 95%: 3.173 – 10.142), lo que indica que un nivel insatisfactorio en el componente físico aumenta más de cinco veces la probabilidad de pertenecer al grupo con diagnóstico de fibromialgia.

Es importante resaltar que nuestros hallazgos son consistentes con lo evidenciado en distintos estudios. Con respecto al componente físico, los resultados presentados guardan una estrecha relación con lo reportado por otras investigaciones internacionales, quienes también identifican al componente físico como el eje de mayor deterioro (Da Costa et al., 2000; Martinez et al., 2001; Roshan et al., 2008; Salaffi et al., 2009; Cardona A., León y Cardona T., 2013; Cardona A., León y Cardona T., 2014; Gmuca et al., 2019; Fawaz et al., 2024), así como en investigaciones realizadas en el Perú (Velazco, 2011 y Moroy et al., 2019). La predominancia del deterioro físico sobre el mental podría atribuirse a factores de resiliencia cultural en la población, los cuales podrían amortiguar parcialmente el impacto emocional, a pesar de la severidad del dolor físico.

Esta importante alteración del componente físico se explica por la fisiopatología de la enfermedad. La literatura describe a la fibromialgia como un trastorno del procesamiento nociceptivo central respaldado por una señalización neuroinmune desadaptativa dentro de sistema nervioso central, sumado a alteraciones neuroinmunes periféricas implicadas en la excitabilidad nociceptiva aberrante y perturbaciones metabólicas que amplifican los síntomas

(García, 2026). Por ello, la evaluación de la calidad de vida resulta importante para la toma de decisiones sobre tratamientos preventivos y de rehabilitación.

De manera complementaria, al analizar el componente mental global (MCS) en la misma **Tabla 3**, se observó que el 65.4 % (n = 53) de los casos presentaron puntajes insatisfactorios, en comparación con el 29.6 % (n = 48) del grupo control. Esta asociación también resultó significativa ($\chi^2 = 28.499$; $p < 0.001$), con un OR de 4.496 (IC 95%: 2.546 – 7.939), evidenciando que el compromiso psicosocial eleva 4.5 veces el riesgo de asociación con el diagnóstico.

Cabe mencionar que, al igual que otros estudios, se encontró que la salud mental es un predictor clave que no puede separarse del cuadro clínico (Branco et al., 2016; Córdoba y Gómez, 2021). En contraste, existe evidencia internacional sobre la predominancia del deterioro del componente mental (Córdoba y Gómez, 2021), así como un estudio en Perú (Blanco, 2018) que afirma haber encontrado una proporción mayor de pacientes con compromiso del bienestar emocional sobre el físico. De acuerdo a lo expuesto por Revuelta, Segura y Palomino (2010) estos hallazgos podrían ser desencadenado por el deterioro anímico derivado de la asociación entre la fibromialgia y los trastornos psicológicos, así como con factores estresantes internos y externos.

La fibromialgia, como trastorno multifactorial, presenta factores predisponentes afines a patologías psiquiátricas. Algunos de estos factores son el descenso en los niveles de serotonina, el aumento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y alteraciones genéticas. Estos mecanismos empeoran la evolución y cronificación de la enfermedad. Además, en vista de que la calidad de vida está influenciada por la perspectiva del paciente, el impacto sobre el componente mental es evidente (Revuelta et al., 2010). Por ende, es necesario implementar estrategias activas centradas en el paciente y su entorno, favoreciendo al bienestar biopsicosocial.

Finalmente, al evaluar el puntaje global del cuestionario SF-36 (**Tabla 3**) el 63 % (n = 51) de las pacientes con fibromialgia obtuvieron resultados insatisfactorios, frente al 32.1 % (n = 52) del grupo control. La prueba estadística confirmó la asociación significativa ($\chi^2 = 21.064$; $p < 0.001$) con un OR de 3.596 (IC 95%: 2.057 – 6.288). Estos hallazgos confirman que, de manera

integral, un nivel bajo de calidad de vida en salud aumenta 3.6 veces la probabilidad de pertenecer al grupo con fibromialgia.

Al comparar nuestros hallazgos con estudios internacionales se observa que, independientemente de si se evalúa el impacto mediante el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) o la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, el PROMIS-HAQ y otros cuestionarios, la fibromialgia ejerce una presión predictora constante sobre la funcionalidad de la paciente (Amaro et al., 2006; Assumpção et al., 2010; Velazco, 2011; Cardona et al., 2014; Salazar et al., 2015; Branco et al., 2016; Kancharla et al., 2022). Esto refuerza la validez de nuestros OR, sugiriendo que el fenómeno de deterioro es universal y detectable mediante diversas escalas psicométricas. Asimismo, confirma que la fibromialgia deteriora la calidad de vida de las pacientes en lo biológico, psicológico y social.

En cuanto al análisis multivariado detallado en la **Tabla 4**, obtenido a través de la regresión logística binaria con el método de eliminación hacia atrás (LR), el modelo se depuró en cinco pasos. En dicho modelo se incluyeron variables sociodemográficas potencialmente confusoras como el grupo etario, el estado civil, el nivel socioeconómico y el índice de masa corporal, sin embargo, estas fueron excluidas en el modelo final debido a no mostrar una contribución estadísticamente significativa ($p > 0.05$). En primer lugar, tenemos el análisis multivariado del Componente Físico Global (PCS). Aquellas pacientes con un puntaje físico insatisfactorio tienen 5.673 veces más probabilidades de pertenecer al grupo con fibromialgia (OR ajustado = 5.673; IC 95%: 3.173 – 10.142; $p < 0.001$), independientemente de su edad, estado civil, nivel socioeconómico o condición nutricional. Este valor muestra una mínima variación con respecto al modelo saturado inicial (Paso 1, OR = 5.614), lo que confirma que la asociación entre la calidad de vida física y la fibromialgia es independiente de las variables sociodemográficas y nutricionales evaluadas.

Adicionalmente, la **Tabla 4** muestra el modelo multivariado correspondiente al Componente Mental Global (MCS). Del mismo modo que el modelo anterior, también se realizó la depuración en cinco pasos y se incluyeron las variables sociodemográficas y nutricionales potencialmente confusoras, las cuales fueron excluidas en el modelo final al no haberse demostrado significancia estadística ($p > 0.05$). Este modelo final evidencia que el Componente

Mental Global (PCS) es predictor de la fibromialgia en nuestras pacientes. La probabilidad de pertenecer al grupo con fibromialgia fue de 4.496 veces más en el grupo de pacientes con puntajes insatisfactorio (OR ajustado = 4.496; IC 95%: 2.546 – 7.939; $p < 0.001$), independientemente de las variables adicionales en el modelo. Este valor final presentó una ligera atenuación a diferencia de modelo saturado inicial (Paso 1, OR = 4.751), lo que implica que, si bien existen factores externos que coadyuvan al estado mental de nuestras pacientes, la presencia de la fibromialgia persiste como factor determinante de manera independiente y estadísticamente robusta.

Finalmente, la validez de estos modelos se sustenta en los indicadores de bondad de ajuste presentados en la sección final de la **Tabla 4**. Con respecto al componente físico global, nuestro modelo inicial mostró un valor de -2 log likelihood de 272.022, con coeficientes de determinación de Cox y Snell de 0.142 y de Nagelkerke de 0.198, lo cual indica una capacidad explicativa moderada del modelo. Del mismo modo, la prueba de Hosmer-Lemeshow no resultó significativa ($X^2 = 4.820$; $gl = 8$; $p = 0.777$), evidenciando un adecuado ajuste del modelo de los datos. De la misma manera, el modelo correspondiente al componente mental global evidenció un -2 log likelihood de 280.766, con valores de R^2 de Cox y Snell de 0.111 y de Nagelkerke de 0.154, lo que sugiere una capacidad explicativa moderada. Por último, la prueba de Hosmer-Lemeshow tampoco fue significativa ($X^2 = 6.924$; $gl = 8$; $p = 0.545$), indicando una adecuada calibración del modelo.

Un aspecto destacable de la presente discusión es la robustez del modelo final. Se demostró que variables como la edad, el estado civil y el IMC no actuaron como factores de confusión significativos. Comparando con estudios similares, algunos de estos tampoco evidenciaron al grupo etario como un predictor independiente para la presencia de fibromialgia (Kancharla et al., 2022), otros al estado civil (Velazco, 2011; Cardona et al., 2014) y otro estudio al IMC (Galvez et al., 2022). Sin embargo, Salaffi et al. (2009) encontraron significancia con respecto al dolor generalizado, nivel educativo y el índice de masa corporal para su modelo de regresión del componente físico y para aquel correspondiente al componente mental, encontraron significancia con el dolor generalizado, anomalías del sueño, función física, fatiga, género y un nivel educativo bajo. Adicionalmente, otras investigaciones encontraron otros factores asociados como el sedentarismo, la polifarmacia, el tabaquismo, número de hijos, el tiempo de

enfermedad, el tiempo de tratamiento y a la situación de empleo del paciente (Velazco, 2011; Cardona et al., 2013; Gavilán et al., 2020; Fernandez et al., 2022; Kancharla et al., 2022), en contraste con lo descrito por Córdoba y Gómez (2021) quienes no encontraron diferencia significativa con respecto a la situación de empleo del paciente.

Es importante destacar que diversos estudios han encontrado factores asociados a la calidad de vida en salud con un efecto protector. Por citar algunos tenemos como factores protectores descritos a la escolaridad, el ejercicio, el acceso a los servicios de salud y a programas de seguimiento efectivos, y a mayores ingresos económicos (Da Costa et al., 2000; Baumgartner et al., 2002; Tander et al., 2008; Salaffi et al., 2009; Owusu et al., 2010; Owayolu et al., 2011). Estos hallazgos son de suma importancia para estudios posteriores, debido a que, como se mencionó anteriormente, sirven de mucha ayuda para orientar a una atención de calidad y especializada.

La consistencia observada en este modelo de corte transversal y la literatura internacional fortalece la validez externa de los hallazgos. A pesar de las variaciones en los abordajes estadísticos de distintos estudios como análisis multinivel y hasta modelos lineales, la convergencia de los resultados sugiere que el deterioro de la calidad de vida es un fenómeno robusto y persistente (Branco et al., 2016; Cardona et al., 2013). Esta estabilidad metodológica permite evidenciar que la fibromialgia actúa como un predictor autónomo y dominante, cuya capacidad de degradar la salud física y mental se manifiesta forma firme, independientemente de la técnica estadística empleada o del instrumento de medición utilizado.

El impacto de la fibromialgia está más ligado a la sensibilización central y al procesamiento anormal del dolor que a los factores externos o al tiempo de evolución de la enfermedad base, ello explica el por qué las variables consideradas en un inicio como confusoras por este estudio no alcanzaron significancia en el modelo multivariado. Finalmente, los hallazgos de este y los demás estudios citados demuestran la importancia de medir la calidad de vida en salud con el fin de brindar una atención de calidad y especializada en las pacientes con fibromialgia desde una perspectiva biopsicosocial, pues se evidenció la afectación multifactorial en estos casos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

- Se determinó que existe una asociación estadísticamente significativa entre la fibromialgia y la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote durante el periodo 2023–2024, evidenciándose un mayor deterioro de la calidad de vida en las pacientes con fibromialgia en comparación con aquellas sin la enfermedad.
- Se encontró que las mujeres con fibromialgia mostraron un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con el grupo control, evidenciado por menores puntajes en las dimensiones físicas y mentales de SF-36.
- Se evidenció que tanto el componente físico como el componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud se encuentran significativamente más deteriorados en las pacientes con fibromialgia, siendo el componente físico el más afectado, lo que refleja la repercusión multisistémica de la enfermedad.
- Se estimó que las mujeres con fibromialgia presentan una mayor probabilidad de deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, encontrándose una asociación significativa mediante el cálculo de Odds Ratio, lo que confirma que la fibromialgia actúa como un factor asociado al deterioro de la calidad de vida.
- Se determinó que la asociación entre fibromialgia y deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud se mantiene significativa incluso tras el ajuste por variables como edad, índice de masa corporal, estado civil y nivel socioeconómico, lo que indica que la fibromialgia constituye un factor independiente asociado a una peor calidad de vida.

5.2.RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos de esta investigación, se proponen las siguientes acciones dirigidas a mejorar el abordaje de la fibromialgia:

- Implementar de manera sistemática la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia mediante instrumentos validados como el SF-36, y promover un enfoque multidisciplinario que integre atención médica, psicológica y de rehabilitación, así como la sensibilización del personal de salud sobre el impacto integral de esta enfermedad en el bienestar y funcionalidad de las pacientes.
- Vigilar el perfil antropométrico y nutricional en pacientes con fibromialgia, ya que, aunque el índice de masa corporal no se comportó como predictor independiente en el análisis multivariado, la alta frecuencia de sobrepeso y obesidad observada en el grupo de casos justifica su abordaje como parte del manejo integral, con el objetivo de mejorar la funcionalidad y calidad de vida
- Implementar unidades de manejo multidisciplinario, debido al carácter multifactorial de la patología, es necesario fomentar un esquema de atención que integre el tratamiento farmacológico con programas de actividad física adaptada, nutrición y soporte psicológico. La evidencia de este estudio confirma que el abordaje puramente biológico es insuficiente para revertir el deterioro de la salud mental detectado.
- Ejecutar estrategias educativas dirigidas no solo a las pacientes, sino a su entorno cercano. El desconocimiento de la enfermedad genera estigma y aislamiento; educar a la familia sobre la realidad del dolor crónico es una estrategia directa para fortalecer el componente de salud social de la paciente.
- Fomentar estudios multicéntricos y con mayor tamaño muestral que integren diversos niveles asistenciales y realidades socioculturales, para optimizar la validez externa de los hallazgos. Asimismo, resulta imperativo establecer un adecuado control de variables confusoras como edad, índice de masa corporal, estado civil y nivel socioeconómico, lo que permitirá validar la consistencia de la asociación independiente entre

fibromialgia y calidad de vida, así como orientar intervenciones clínicas más individualizadas en diferentes poblaciones.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marques, A., Santo, A., Berssaneti, A., Matsutani, L. y Yuan, S. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista brasileira de reumatologia*, 57(4), 356–363. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.01.005>
- Chica, A., González-Guirval, F., Reigal, R., Carranque, G. y Hernández-Mendo, A. (2019). Efectos de un programa de danza española en mujeres con fibromialgia. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(2), 52-69. <https://www.redalyc.org/journal/2270/227064710006/html/>
- Córdoba, A. y Gómez, J. (2021). *Relación de la calidad de vida, depresión, ansiedad, apoyo interpersonal y afrontamiento en pacientes con fibromialgia* [Tesis de especialización, Universidad Surcolombiana]. Repositorio Institucional USCO. <https://repositoriousco.co/handle/123456789/2634>
- Alvarez, M., Albuquerque, M., Neiva, H., Cid, L., Rodrigues, F., Teixeira, D., Matos, R., Antunes, R., Morales-Sánchez, V. y Monteiro, D. (2022). Exploring the Relationship between Fibromyalgia-Related Fatigue, Physical Activity, and Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health*, 19(8), 4870. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084870>
- Gmuca, S., Xiao, R. y Sherry, D. (2019). Patient-proxy agreement on health-related quality of life in juvenile fibromyalgia syndrome. *Pediatr Rheumatol Online J*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12969-019-0320-y>
- Arnold, L., Wang, F., Ahl, J., Gaynor, P. y Wohlreich, M. (2011). Mejora en múltiples dimensiones de la fatiga en pacientes con fibromialgia tratados con duloxetina: análisis secundario de un ensayo aleatorizado controlado con placebo. *RET*, 13(66), 28-36. 10. <https://doi.org/10.1186/ar3359>
- Rossi, A., Di Lollo, A., Guzzo, M., Giacomelli, C., Atzeni, F., Bazzichi, L., Di Franco, M. (2015). Fibromyalgia and nutrition: what news? *Clinical and Experimental Rheumatology*, 33(1), 117-125. <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=9149>
- Hudson, J., Arnold, L., Bradley, L., Choy, E., Mease, P., Wang, F., Ahl, J. y Wohlreich, M. (2009). What makes patients with fibromyalgia feel better? Correlations between

- Patient Global Impression of Improvement and changes in clinical symptoms and function: a pooled analysis of 4 randomized placebo- controlled trials of duloxetine. *J. Rheumatol*, 36(11), 2517–2522. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090139>
- Bidonde, J., Busch, A., Schachter, C., Overend, T., Kim, S., Góes, S., Boden, C. y Foulds, H. (2017) Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), CD012700. <https://doi.org/10.3899/jrheum.090139>
- Rowe, C., Sirois, F., Toussaint, L., Kohls, N., Nöfer, E., Offenbächer, M. y Hirsch, J. (2019). Health beliefs, attitudes, and health-related quality of life in persons with fibromyalgia: mediating role of treatment adherence. *Psychol Health Med*, 24(8), 962-977. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576913>
- Merriwether, E., Frey-Law, L., Rakel, B., Zimmerman, M., Dailey, D., Vance, C., Golchha, M., Geasland, K., Chimenti, R., Crofford, L. Sluka, K. (2018). Physical activity is related to function and fatigue but not pain in women with fibromyalgia: baseline analyses from the Fibromyalgia Activity Study with TENS (FAST). *Arthritis Res Ther*, 20(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1671-3>
- Choy, E., Perrot, S., Leon, T., Kaplan, J., Petersel, D., Ginovker, A., & Kramer, E. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. *BMC Health Services Research*, 10(1), 102. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-102>.
- Salaffi, F., Di Carlo, M., Carotti, M., Farah, S., Ciapetti, A., Gutierrez, M. (2019). The impact of different rheumatic diseases on health-related quality of life: a comparison with a selected sample of healthy individuals using SF-36 questionnaire, EQ-5D and SF-6D utility values. *Acta biomédica*, 89(4), 541-557. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576913>
- Branco, J., Rodrigues, A., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., da Costa, L., Mourão, A., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J., Carmona, L., Canhão, H. (2016). EpiReumaPt study group. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases*, 2(1), 1-12. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>

- Kancharla, H., Jain, S., Mishra, S., Acharya, N., Grover, S., Dogra, S., & Sharma, A. (2021). Fibromyalgia influences health-related quality of life and disease activity in psoriatic arthritis. *Rheumatology International*, 42(3), 511-517. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576913>
- Velazco, K. (2011). *Características en pacientes con fibromialgia primaria y su impacto en la calidad en el Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Luis N. Saenz Policia Nacional del Perú, 2009-2010* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/059abcd5-99ba-4b55-9b35-0777ca1072d7/content>
- León-Vega, S., y Arias-Congrains, J. (2012). Factores asociados al dolor en mujeres con fibromialgia. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna*, 25(4), 174–182. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-673494>
- León-Jiménez, F. (2010). Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 23(1), 10-16. <https://doi.org/10.36393/spmi.v23i1.413>
- Monroy, A., Méndez, B., Diestro-Jara, G., Ruiz, E., Málaga, G. Fibromialgia, trayectoria y calidad de vida en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú. *Acta Médico Peruana*, 36(1), 32-37. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2019.361.645>
- Blanco A. (2018). *Calidad de vida de los pacientes con fibromialgia asociación AFIBRO Perú, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27905/Blanco_CACM.pdf?sequence=1
- Bennett, R., Friend, R., Marcus, D., Bernstein, C., Han, B., Yachoui, R., Deodar, A., Kaell, A., Bonafede, P., Chino, A. y Jones, K. (2015). Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: validation of the modified 2010 preliminary American College of Rheumatology criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis care & research*, 66(9), 1364-1373. https://www.researchgate.net/publication/260108361_Criteria_for_the_Diagnosis_of

Fibromyalgia Validation of the Modified 2010 Preliminary American College of Rheumatology Criteria and the Development of Alternative Criteria

- Fortich, Á., Alvis, N. y Méndez, D. (2004). Síndrome de fibromialgia: un nuevo trastorno neuroendocrino. *Acta méd. colomb*, 29(3), 102–107. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-436655>
- Cabo, A., Cerdá, G. y Trillo, J. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441–448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
- Robles, V., Bugueño, J., Fernández, A., Villavicencio, C., Bustamante, A. y Subiabre, M. (2022). Fibromialgia en Chile: revisión de la literatura y propuesta para una futura política pública en atención primaria de salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 47(4), 69-80. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1863>
- Berrocal, A. (2016). Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 93-97. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200008
- Caro, B., Peñalosa, L., Mejía, M., Vargas, A. y Martínez, M. (2023). Las manifestaciones primordiales de la fibromialgia, dolor generalizado e insomnio, en la pintura de Remedios Varo. *Reumatología Clínica*, 32(2), 46-57. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-las-manifestaciones-primordiales-fibromialgia-dolor-articulo-S1699258X23001316>
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennet, R., Bombardier, C., Goldenberg, D., Tugwell, P., Campbell, S., Abeles, M., Clark, P. et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 33(2), 160-172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Häuser, W., Katz, R., Mease, P., Russell, A., Russell, I. y Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*, 46(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

- Colodro, A. (2021). Fibromialgia. Visión clínica. *Seminario médico*, 63(1), 185-199.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8072869.pdf>
- Macfarlane, G., Kronisch, C., Dean, L., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino, P., Longley, K., McCarthy, G., Makri, S., Perrot, S., Sarzi, P., Taylor, A., Jones, G. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*, 76(2), 318-328.
<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Lemus, N., Parrado, R., y Quintana, G. (2014). Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 1-3.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232014000100001
- Romero, O. y Vera, F. (2016). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 6(1), 41-45.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4262712.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Grupos de Edad*. DeCS/MeSH.
<https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=9465#Details>
- Real Academia Española. (2023). *Estado civil*. En *Diccionario de la lengua española*.
<https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Obesidad y Sobrepeso*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Llue R. (2019). *La no adherencia al tratamiento farmacológico como un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29783/Llue_R_AR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.
- Martel, B. y Azabache, K. (2017). *Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10613/Martel%20Enriquez%20Belen%20Abihail.pdf?sequence=1>
- Carranza, K. y Grosso, A. (2019). *Evaluación del estado de salud en pacientes amputados por pie diabético atendidos en dos hospitales del Ministerio de Salud de Lambayeque, 2017* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio institucional USAT. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1656/1/TL_CarranzaCarranzaKarla_GrossoSalazarAngie.pdf
- Martinez, J., Barauna, I., Kubokawa, K., Pedreira, I., Machado, L. y Cevalco, G. (2001). Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*, 23(2), 64–68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11214717/>
- Roshan, R., Shariatpanahi, S., Tavoli, A., Qafori, Z., Fathi, A. (2009). Quality of life in women with fibromyalgia. *Archives of Medical Science*, 5(2), 267-270. <https://www.termedia.pl/Journal/-19/pdf-12884-1?filename=Quality%20of%20life%20in%20women.pdf>
- Núñez, K., López, A., Cisneros, V., Rodríguez, C., Zambrano, G., Camacho, A. y Quintanar, M. (2023). Relationship between weight and severity of fibromyalgia. *Missouri Medicine*, 120(1), 83–88. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9970337/>
- Salaffi, F., Sarzi, P., Girolimetti, R., Atzeni, F., Gasparini, S. y Grassi, W. (2009). Health-related quality of life in fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27 (Suppl 56), S67–S74. <https://www.clinexprheumatol.org/article.asp?a=531>

- Lozano, J., Leal, T., Peña, M., Olivera, S. y Núñez, N. (2020). Depresión, ansiedad, apoyo interpersonal y dolor autopercibido en pacientes con síndrome de fibromialgia. *Diversitas*, *16*(2), 399-411. <https://doi.org/10.15332/22563067.5007>
- Cardona, J., Cardona, A. y León, V. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia, Medellín, Colombia, 2013. *Revista Colombiana de Reumatología*, *20*(4), 206-214. <https://doi.org/10.15332/22563067.5007>
- Assumpção, A., Pagano, T., Matsutani, L., Ferreira, E., Pereira, C. y Marques, A. (2010). Quality of life and discriminating power of two questionnaires in fibromyalgia patients. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, *14*(4), 284–289. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552010005000015>
- Benebo, F., Lukic, M., Jakobsen, M. y Bjørndal, T. (2024). The role of lifestyle factors in the association between education and self-reported fibromyalgia: A mediation analysis. *BMC Women's Health*, *24* (244), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03060-9>
- Carmen M. Galvez-Sánchez, Stefan Duschek & Gustavo A. Reyes del Paso (2022): Is reduced health-related quality of life a primary manifestation of fibromyalgia? A comparative study with Rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/08870446.2022.2085705>
- Ovayolu, N., Ovayolu, O. & Karadag, G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol*, *30*, 655–664. <https://doi.org/10.1007/s10067-010-1604-2>
- Calandre, E., Ordoñez, J. y Rico, F. (2021). Marital adjustment in patients with fibromyalgia: Its association with suicidal ideation and related factors. *Clinical and Experimental Rheumatology*, *130*(3), 89-94. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/pufzd6>
- Atzeni, F., Alciati, A., Salaffi, F., Di Carlo, M., Bazzichi, L., Govoni, M., Biasi, G., Di Franco, M., Mozzani, F., Gremese, E., Dagna, L., Batticciotto, A., Fischetti, F., Giacomelli, R., Guiducci, S., Guggino, G., Bentivegna, M., Gerli, R., Salvarani, C., Bajocchi, G., Ghini, M., Iannone, F., Giorgi, V., Farah, S., Bonazza, S., Barbagli, S., Gioia, C., Marino, N., Capacci, A., Cavalli, G., Cappelli, A., Carubbi, F., Nacci, F., Riccucci, I., Cutolo, M.,

- Sinigaglia, L. y Sarzi, P. (2021). The association between body mass index and fibromyalgia severity: Data from a cross-sectional survey of 2339 patients. *Rheumatology Advances in Practice*, 5(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/rap/rkab015>
- Okifuji, A., Donaldson, G., Barck, L. y Fine, P. (2020). Relationship between fibromyalgia and obesity in pain, function, mood, and sleep. *Journal of Pain*, 11(12), 1329-1337. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.03.006>
- Hoffman, D. y Dukes, E. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia. *International Journal of Clinical Practice*, 62(1), 115–126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2228371/>
- Häuser, W., Ablin, J., Fitzcharles, M., Littlejohn, G., Luciano, J., Usui, C. y Walitt, B. (2015). Fibromyalgia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(15022), 1-16. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
- Gálvez, C., Montoro, C., Duschek, S. y Reyes del Paso, G. (2022). Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. *Journal of Affective Disorders*, 265(1), 486-495. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.129>
- Fernandez, F., Samartin, N. y Carrillo de la Peña, M. (2022). Quality of life in patients with fibromyalgia: Contributions of disease symptoms, lifestyle and multi-medication. *Frontiers in Psychology*, 13(924405), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.924405>
- Da Costa, D., Dobkin, P., Fitzcharles, M., Fortin, P., Beaulieu, A., Zummer, M., Senécal, J., Goulet, J., Rich, E., Choquette, D. y Clarke, A. (2000). Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, 27(2), 365-372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10685798/>
- Cardona, J., León, V., Cardona, A. (2014). Estado de salud y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, Medellín. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 10-20. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10204019&orden=0&info=link>
- Salazar, F. y Bernabé, E. (2015) The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP2372-NP2380. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.1177/1010539511432879>

- Fawaz, A., Suliman, M., Robin, M., Brikman, S., Shabshin, N., Novofastovsky, I., Egbaria, M., Mader, R. y Bieber, A. (2024). Quality of Life Among Hospitalized Fibromyalgia Older Adults: a Case-Control Study. *Canadian Geriatrics Journal*, 27(3), 268-274. <https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.5770/cgj.27.724>
- García, M. (2026). Moving Toward Objective Diagnosis in Fibromyalgia: Emerging Biomarkers and Digital Phenotyping Tools. *Biomedicines*, 14(2), 440. <https://doi.org/10.3390/biomedicines14020440>
- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (7), 326-332. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000700006&lng=es.
- Amaro, T., Martín, M., Soler, P., y Granados, J. (2006). Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. C. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Elace*, 1(79-80), 47-52. https://sid.usal.es/idocs/F8/ART12957/fibromialgia_estudio_calidad.pdf
- Gavilán, B., Segura, V., Acosta, P. y Borges, M. (2020). Patterns of sedentary time and quality of life in women with fibromyalgia: cross-sectional study from the al-Ándalus project. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e14538. <https://doi.org/10.2196/14538>
- Baumgartner, E., Finckh, A., Cedraschi, C. y Vischer, T. (2002). A six year prospective study of a cohort of patients with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(7), 644-645. <https://doi.org/10.1136/ard.61.7.644>
- Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., İlhanlı, İ., Canbaz, S. y Canturk F. (2008) A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International*, 28, 859-865. <https://doi.org/10.1007/s00296-008-0551-6>
- Owusu, E., McNeill, A., Lewis, S., Gilmore, A. y Britton, J. (2010). Status of implementation of Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) in Ghana: a qualitative study. *BMC Public Health* 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-1>

CAPÍTULO VII: ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Chimbote, ___ de _____ de 202__

Versión N° __

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Nacional del Santa, Departamento Académico Transitorio de Medicina Humana

Investigadores: Reyes Tapia Wilson Jeffrey & Vásquez Ramos Randy Jair

Título del estudio: Analítico, retrospectivo y de casos y controles.

Propósito de estudio: Determinar si la calidad de vida en salud está asociada a fibromialgia en las pacientes mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024.

Estimado señor o señora: _____

Se le propone participar en un estudio local de pacientes mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote. Antes que decida participar del estudio es importante que usted sepa por qué se hace esta investigación y los beneficios. Es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Nacional del Santa y, aprobado por el comité de ética en investigación de la misma universidad y autorizado para su ejecución.

El propósito del estudio es determinar si la calidad de vida en salud está asociada a fibromialgia en las pacientes mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur en 2023-2024. Este estudio permitirá obtener conclusiones que nos ayuden a confirmar la asociación significativa entre la calidad de vida en salud con la fibromialgia en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote 2023-2024. Si usted decide participar se le asignarán citas para llenar una ficha de recolección de datos sociodemográficos y dos cuestionarios, siendo el primero el cuestionario SF-36 y un segundo cuestionario para medir el nivel socioeconómico, se estima que se completará la evaluación de cada paciente en un promedio de 10 minutos.

Procedimientos:

Si participa en este estudio se recopilará la información sobre su calidad de vida y perfil sociodemográfico y económico.

Se procederá a realizarle los siguientes exámenes:

1. Cuestionario sociodemográfico.
2. Cuestionario SF-36.
3. Cuestionario para evaluar el nivel socioeconómico versión APEIM.

Riesgos de procedimientos:

Ninguno.

Beneficios:

No se otorgará ningún beneficio económico por dicha participación, ni tampoco se le otorgarán los resultados al término del mismo.

Costos e incentivos:

Usted no realizará ningún pago por los estudios a realizar ni recibirá compensación alguna por su participación en el estudio.

Confidencialidad:

Todos los datos que sean tomados (con su autorización) serán confidenciales. Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena sin su consentimiento.

Derechos del Paciente:

Si usted acepta participar en este estudio, se le pide amablemente que complete el resto de este documento (por favor féchelo y fírmelo). Debe obtenerse su consentimiento antes de realizar cualquier forma de registro. Usted recibirá una copia del consentimiento informado y puede pedir información adicional en cualquier momento durante el registro.

La participación es voluntaria. Su tratamiento y la actitud de su médico hacia usted no se afectarán si decide no participar en el estudio. Usted en cualquier momento puede retirarse del estudio.

Si usted tiene alguna duda adicional llamar al investigador Wilson Jeffrey Reyes Tapia al teléfono +51 945 181 860. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional del Santa. Al teléfono

Anexo,

Chimbote, ____ de _____ de 202__

Versión N° ____

Consentimiento:

Nombre y Apellido del participante:

_____ Fecha y Hora: _____

Firma del participante: _____

Nombre y Apellido del testigo (De ser necesario):

_____ Fecha y Hora: _____

Firma del testigo: _____

Nombre y apellido del Investigador:

_____ Fecha y hora: _____

Firma del investigador: _____

Anexo 2. Hoja de recolección de datos.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Asociación entre la calidad de vida en salud con la fibromialgia en mujeres atendidas en el Hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, 2023 – 2024”

IDENTIFICACIÓN Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Datos de identificación:

Código de participante: _____

Edad: _____

Verificación de los criterios de inclusión:

Marca SI/NO según corresponda:

¿Fue atendida de forma ambulatoria a la Consulta Externa de Medicina Interna y/o Reumatología en el Hospital I Cono Sur durante 2023 – 2024?

SÍ NO

¿Cuenta con el diagnóstico de fibromialgia hecho por un reumatólogo o médico internista?

SÍ NO

Verificación de criterios de exclusión:

Marca SI/NO según corresponda:

¿Padece de alguna enfermedad terminal con un pronóstico menor a los seis meses de vida?

SÍ NO

¿Tiene el diagnóstico de ansiedad y/o depresión?

SÍ NO

¿Tiene el diagnóstico de alguna enfermedad del tejido conectivo (Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, panarteritis nodosa, polimiositis, dermatomiositis, esclerodermia o esclerosis progresiva generalizada, enfermedad mixta del tejido conectivo, etc.)?

SÍ NO

¿Cuenta con algún antecedente neurológico, psiquiátrico o de retraso mental antes de su diagnóstico de fibromialgia?

SÍ NO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____

Situación conyugal:

Marca según corresponda:

Estado civil: Soltera Divorciada Casada Separada
 Viuda Conviviente

Anexo 3. Encuesta para evaluar los niveles socioeconómicos según categorías en la versión modificada 2011 – 2012 APEIM.

**ÍTEMES QUE PERMITEN EVALUAR LOS NIVELES SOCIOECONÓMICOS SEGÚN
CATEGORÍAS EN LA VERSIÓN MODIFICADA 2011-2012. APEIM**

Cód.	ÍTEMES	Respuestas		
		Ambos	P	M
N1	¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)			
1	Primaria Completa / Incompleta			
	Secundaria Incompleta			
2	Secundaria Completa			
3	Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)			
	Estudios Universitarios Incompletos			
4	Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)			
5	Postgrado (Diplomado, Maestría, Doctorado)			
N2	¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?			
1	Posta médica / farmacia / naturista			
2	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad			
3	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía			
4	Médico particular en consultorio			
5	Médico particular en clínica privada			
N3	¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?			
1	Menos de 750 soles/mes aproximadamente			
2	Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente			
3	1001 – 2000 soles/mes aproximadamente			
4	2001 – 3500 soles/mes aproximadamente			
5	> 3501 soles/mes aproximadamente			
N4	¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?			
1	1 – 0 habitaciones			
2	2 habitaciones			
3	3 habitaciones			
4	4 habitaciones			
5	5 o más habitaciones			
N5	¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)			
1	9 a más personas			
2	7 – 8 personas			
3	5 – 6 personas			
4	3 – 4 personas			
5	1 -2 personas			
N6	¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?			
1	Tierra / Arena			
2	Cemento sin pulir (falso piso)			
3	Cemento pulido / Tapizón			
4	Mayólica / loseta / cerámicos			
5	Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo			
N7	¿Cuál(es) de estos bienes y/o servicios tienen en su hogar? (Puede marcar más de una opción)			
1	Celular			
1	Televisor			
1	Internet/ Cable			
1	Computadora			
1	Refrigeradora			

NIVELES	NSE	CATEGORIA	Puntaje Versión Modificada 2011-2012
Nivel 1	A	Alto	33 o más puntos
Nivel 2	B	Medio	27 – 32 puntos
Nivel 3	C	Bajo Superior	21 – 26 puntos
Nivel 4	D	Bajo Inferior	13 – 20 puntos
Nivel 5	E	Marginal	5 – 12 puntos

5. Durante las 4 últimas semanas. Ha tenido usted alguno de los siguiente problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	SI	NO
a. Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	1	2
b. Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2

6. Durante las últimas 4 semanas. En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos vecinos u otras personas?

1. ___ Nada en absoluto 2. ___ Ligeramente
 3. ___ Moderadamente 4. ___ Bastante
 5. ___ Extremadamente

7. Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?

1. ___ Ninguno 2. ___ Muy poco
 3. ___ Poco 4. ___ Moderado
 5. ___ Mucho 6. ___ Muchísimo

8. Durante las últimas 4 semanas. Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?

1. ___ Nada en absoluto 2. ___ Un poco
 3. ___ Moderadamente 4. ___ Bastante
 5. ___ Extremadamente

MARQUE UN NUMERO EN CADA LINEA

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le ha ido en sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Se ha sentido lleno de vitalidad	1	2	3	4	5	6
b. Ha estado muy nervioso/a	1	2	3	4	5	6
c. Se ha sentido con el ánimo tan decaído que nada podía animarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. Se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. Se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. Se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

MARQUE UN SOLO NUMERO

10. Durante las últimas 4 semanas. Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales (le) han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)

1. ___ Siempre 2. ___ Casi siempre
 3. ___ Algunas veces 4. ___ Casi nunca
 5. ___ Nunca

MARQUE UN NUMERO EN CADA LINEA

11. Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No se	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano/a como cualquiera	1	2	3	4	5
c. creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Anexo 5. Análisis estadístico (SPSS V.27).

***Tabla cruzada Componente físico global del SF-36 (PCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

PCS_Categorizado	Pacientes		Total
	Con_Fibromialgia	Sin_fibromialgia	
Insatisfactoria	55	44	99
Satisfactoria	26	118	144
Total	81	162	243

***Prueba de Chi-Cuadrado Componente físico global del SF-36 (PCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-Cuadrado de Pearson	37.125	1	< 0.001
Razón de verosimilitud	37.324	1	< 0.001
Asociación lineal por lineal	36.972	1	< 0.001
N de casos válidos	243		

***Prueba de estimación de riesgo (OR) Componente físico global del SF-36 (PCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

	Valor	Intervalo de confianza al 95 %	
		Inferior	Superior
OR (PCS vs Presencia de fibromialgia)	5.673	3.173	10.142
Paciente sin fibromialgia	1.844	1.460	2.328
Paciente con fibromialgia	0.325	0.220	0.480
N de casos válidos	243		

***Tabla cruzada Componente mental global del SF-36 (MCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

MCS_Categorizado	Pacientes		Total
	Con_Fibromialgia	Sin_fibromialgia	
Insatisfactoria	53	48	101
Satisfactoria	28	114	142
Total	81	162	243

***Prueba de Chi-Cuadrado Componente mental global del SF-36 (MCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-Cuadrado de Pearson	28.499	1	< 0.001
Razón de verosimilitud	28.580	1	< 0.001
Asociación lineal por lineal	28.381	1	< 0.001
N de casos válidos	243		

***Prueba de estimación de riesgo (OR) Componente mental global del SF-36 (MCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

	Valor	Intervalo de confianza al 95 %	
		Inferior	Superior
OR (MCS vs Presencia de fibromialgia)	4.496	2.546	7.939
Paciente sin fibromialgia	1.689	1.355	2.106
Paciente con fibromialgia	0.376	0.257	0.550
N de casos válidos	243		

***Tabla cruzada Calidad de vida global (SF-36) categorizada – Presencia de fibromialgia.**

SF36_Categorizado	Pacientes		Total
	Con_Fibromialgia	Sin_fibromialgia	
Insatisfactoria	51	52	103
Satisfactoria	30	110	140
Total	81	162	243

***Prueba de Chi-Cuadrado Calidad de vida global (SF-36) categorizada– Presencia de fibromialgia.**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-Cuadrado de Pearson	21.064	1	< 0.001
Razón de verosimilitud	21.085	1	< 0.001
Asociación lineal por lineal	20.978	1	< 0.001
N de casos válidos	243		

***Prueba de estimación de riesgo (OR) Componente mental global del SF-36 (MCS) categorizado – Presencia de fibromialgia.**

	Valor	Intervalo de confianza al 95 %	
		Inferior	Superior
OR (SF36_Categorizado vs Presencia de fibromialgia)	3.596	2.057	6.288
Paciente sin fibromialgia	1.556	1.262	1.920
Paciente con fibromialgia	0.433	0.298	0.628
N de casos válidos	243		

***Prueba de regresión logística inicial (paso 1) mediante el método de eliminación hacia atrás (Wald) – Modelo ajustado para el Componente físico global del SF-36 (PCS)**

Variable (Categoría)	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp(B)	IC 95 % para Exp(B)	
							Inferior	Superior
PCS (Insatisfactorio)	1.725	0.323	28.471	1	< 0.001	5.614	2.979	10.581
Grupo Etario			6,190	3	0.103			
Adulto Joven	0.248	0.656	0.143	1	0.705	1.282	0.354	4.633
Adulto	0.261	0.650	0.162	1	0.688	1.299	0.363	4.640
Adulto Mayor	-0.637	0.651	0.959	1	0.327	0.529	0.148	1.893
Estado Civil			4.945	5	0.423			
Casada	-0.824	0.562	2.145	1	0.143	0.439	0.146	1.321
Divorciada	-0.429	0.570	0.566	1	0.452	0.651	0.213	1.989
Separada	-0.423	0.600	0.497	1	0.481	0.655	0.202	2.124
Viuda	-0.266	0.575	0.214	1	0.644	0.767	0.249	2.364
Conviviente	-0.263	0.558	0.223	1	0.637	1.301	0.436	3.887
Nivel Socioeconómico			2.628	3	0.453			
NSE B	0.222	0.457	0.235	1	0.628	1.248	0.509	3.059
NSE C	-0.51	0.467	0.012	1	0.912	0.950	0.380	2.374
NSE D	-0.517	0.464	1.240	1	0.265	0.596	0.240	1.481
IMC			7.451	5	0.189			

Peso Normal	0.832	1.194	0.486	1	0.486	2.299	0.222	23.853
Sobrepeso	1.599	1.168	1.874	1	0.171	4.949	,501	48.839
Obesidad Grado I	1.883	1.170	2.589	1	0.108	6.572	,663	65.133
Obesidad Grado II	1.417	1.203	1.386	1	0.239	4.125	,390	43.624
Obesidad Grado III	1.857	1.255	2.187	1	0.139	6.402	,547	74.978
Constante	-2.531	1.366	3.435	1	0.064	0.080		

***Prueba de regresión logística final (paso 5) mediante el método de eliminación hacia atrás (Wald) – Componente físico global del SF-36 (PCS)**

Variable (Categoría)	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp(B)	IC 95 % para Exp(B)	
							Inferior	Superior
PCS (Insatisfactorio)	1.736	0.296	34.296	1	< 0.001	5.673	3.173	10.142
Constante	-1.513	0.217	48.745	1	< 0.001	0.220		

***Resumen de las pruebas bondad de ajuste para el modelo de regresión logística – Componente físico global del SF-36 (PCS)**

Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	248.130	0.223	0.309
5	272.022	0.142	0.198

***Prueba de Hosmer y Lemeshow – Componente físico global del SF-36 (PCS)**

Paso	Chi-Cuadrado	gl	Sig.
1	4.820	8	0.777
5	0.000	0	

***Prueba de regresión logística inicial (paso 1) mediante el método de eliminación hacia atrás (Wald) – Modelo ajustado para el Componente mental global del SF-36 (MCS)**

Variable (Categoría)	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp(B)	IC 95 % para Exp(B)	
							Inferior	Superior
MCS (Insatisfactorio)	1.558	0.325	22.938	1	< 0.001	4.751	2.511	8.991
Grupo Etario			6.741	3	0.081			
Adulto Joven	0.269	0.650	0.171	1	0.679	1.308	0.366	4.680
Adulto	0.550	0.638	0.742	1	0.389	1.733	0.496	6.048
Adulto Mayor	-0.458	0.637	0.516	1	0.473	0.633	0.182	2.206
Estado Civil			5.377	5	0.372			
Casada	-0.705	0.560	1.583	1	0.208	0.494	0.165	1.482
Divorciada	-0.175	0.573	0.094	1	0.760	0.839	0.273	2.578
Separada	-0.231	0.593	0.151	1	0.697	0.794	0.248	2.538
Viuda	0.020	0.576	0.001	1	0.973	1.020	0.330	3.154
Conviviente	0.459	0.557	0.681	1	0.409	1.583	0.532	4.715
Nivel Socioeconómico			2.745	3	0.433			
NSE B	0.319	0.451	0.501	1	0.479	1.376	0.568	3.332
NSE C	-0.100	0.464	0.047	1	0.829	0.905	0.364	2.245
NSE D	-0.434	0.460	0.889	1	0.346	0.648	0.263	1.597
IMC			8.210	5	0.145			
Peso Normal	0.621	1.152	0.291	1	0.590	1.861	0.195	17.789
Sobrepeso	1.401	1.127	1.545	1	0.214	4.058	0.446	36.925
Obesidad Grado I	1.737	1.130	2.365	1	0.124	5.680	0.621	51.979
Obesidad Grado II	1.268	1.168	1.180	1	0.277	3.554	0.360	35.042
Obesidad Grado III	1.758	1.212	2.105	1	0.147	5.800	0.540	62.359
Constante	-2.657	1.329	3.999	1	0.046	0.070		

***Prueba de regresión logística final (paso 5) mediante el método de eliminación hacia atrás (Wald) – Componente mental global del SF-36 (MCS)**

Variable (Categoría)	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp(B)	IC 95 % para Exp(B)	
							Inferior	Superior
MCS (Insatisfactorio)	1.503	0.290	26.836	1	< 0.001	4.496	2.546	7.939
Constante	-1.404	0.211	44.310	1	< 0.001	0.246		

***Resumen de las pruebas bondad de ajuste para el modelo de regresión logística – Componente mental global del SF-36 (MCS)**

Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	254.317	0.203	0.281
5	280.766	0.111	0.154

***Prueba de Hosmer y Lemeshow – Componente mental global del SF-36 (MCS)**

Paso	Chi-Cuadrado	gl	Sig.
1	6.924	8	0.545
5	0.000	0	

Anexo 6. Constancia de Aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la UNS.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN.**

Constancia Nro. 27 - 2024

El presente proyecto de investigación titulado: "Asociación entre la calidad de vida en salud con la fibromialgia en mujeres atendidas en el hospital I Cono Sur de Nuevo Chimbote, 2023- 2024", cuyos investigadores son los estudiantes Reyes Tapia Wilson Jefree y Vásquez Ramos Randy Jair, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias; pues considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad Nacional del Santa, los lineamientos éticos y científicos, el balance riesgo beneficio, la calificación del equipo investigador, la confidencialidad de los datos, entre otros.

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación versión 03.

Cualquier enmienda, desviación o eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 08 de setiembre del 2025.

Si aplica, los trámites para renovación deben iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Nuevo Chimbote 08 de setiembre del 2024.

Mg. Guillermo Arana Morales
Presidente del Comité de Ética
en Investigación