

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN  
PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN DOS HOSPITALES DE LAMBAYEQUE  
2015**

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

**Autores:**

**Bach. UBILLUS AGURTO DANNY JHONATAN**

**Bach. DELGADO CORDOVA FRANCO**

**CHICLAYO, 06 DE MARZO DEL 2017**

**FRECUENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A IDEACION SUICIDA EN  
PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN DOS HOSPITALES DE LAMBAYEQUE  
2015**

**POR:**

**Bach: UBILLUS AGURTO DANNY JHONATAN**

**Bach: DELGADO CORDOVA FRANCO**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,  
para optar el título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR:

---

Mgr. Mónica Ciurlizza Garnique

Presidente de Jurado

---

Dra. Nancy Malca Tello

Secretario de Jurado

---

Mgr. Franco León Jiménez

Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, 06 DE MARZO DEL 2017**

***Dedicatoria:***

*A nuestros padres por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.*

***Agradecimientos:***

*Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente tesis, en especial a nuestro asesor, que mantuvo su orientación, seguimiento y supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.*

## ÍNDICE

Resumen / Abstract

I.	INTRODUCCIÓN.....	8
II.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	9
	1. Antecedentes del problema.....	9
	2. Bases teórico – científicas.....	10
	3. Definición de términos básicos.....	11
III.	MATERIALES Y MÉTODO	
1.	DISEÑO METEDOLÓGICO.....	12
	1.1 Tipo y diseño de estudio.....	12
	1.2 Población de estudio.....	12
	1.3 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	12
	1.3.1 Criterios de Inclusión.....	12
	1.3.2 Criterios de Exclusión.....	12
	1.4 Muestra de estudio.....	13
2.	OBJETIVOS.....	13
3.	VARIABLES.....	14
4.	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	15
5.	ANÁLISIS DE DATOS.....	17
6.	ASPECTOS ESTADÍSTICOS.....	18
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
IV.	RESULTADOS.....	19
V.	DISCUSIÓN.....	21
VI.	CONCLUSIONES.....	25
VII.	RECOMENDACIONES.....	25
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
IX.	ANEXOS.....	30
	1. Instrumentos de recolección de datos	
	2. Consentimiento informado	
	3. Figuras	
	4. Tablas	

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de los factores asociados a ideación suicida en pacientes con fibromialgia en dos hospitales de Lambayeque, 2015. Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal con análisis exploratorio. Se entrevistó a pacientes con fibromialgia de consultorios externos de los hospitales Regional Lambayeque (Hospital 1) y Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo (Hospital 2). Se aplicaron 5 cuestionarios: La escala del centro de estudios epidemiológicos para depresión, escala de Zung para ansiedad, índice de calidad de sueño de Pittsburgh, escala de valoración análoga del dolor y la escala de ideación suicida de Beck, adaptada a población Lambayecana. Se realizó análisis univariado y bivariado exploratorio. Resultados: Se entrevistaron 125 pacientes, 61 del hospital 1 y 64 del Hospital 2; 87%, fueron mujeres. Hubieron 73,6% malos dormidores, 68% tuvieron depresión, 22,4% ansiedad, 24,8% dolor corporal difuso moderado-severo y 30,4% ideación suicida, 27,9% y 32,8% en el primer y segundo hospital, respectivamente. En los pacientes con Ideación suicida la frecuencia fue: mala calidad del sueño 81,6% ( $p=0,1$ ), depresión 71% ( $p=0,5$ ), ansiedad 42% ( $0,001$ ) y dolor corporal difuso (DCD) de moderado a severo 26,3% ( $p=0,005$ ). En el multivariado, ansiedad,  $rp= 1,4$   $IC95\%= 1,14-1,7$ ,  $p= 0,006$  y ser mal dormidor,  $rp= 1,2$ ,  $IC95\%= 1,0-1,4$ ,  $p=0,01$  se asociaron a Ideación suicida. Conclusiones: La frecuencia de ideación suicida es elevada en estos pacientes. El factor más frecuente fue mala calidad de sueño. Ansiedad y ser mal dormidor se asociaron a ideación suicida.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, fibromialgia, ideación suicida.

Fuente: DeCS-BIREME

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the frequency of the associated factors with suicidal ideation in patients with Fibromyalgia in two hospitals from Lambayeque during 2015. **Material and Methods:** Cross sectional study with explorative analysis. Interviewed patients with Fibromyalgia from two hospitals: Regional Lambayeque (Hospital one) and Almanzor Aguinaga Asenjo (Hospital two). **The instruments were:** The scale of the center for epidemiological studies for depression, Zung anxiety scale, Pittsburgh sleep quality Index, analogous pain rating scale and the Beck suicidal ideation Scale, adapted to Lambayeque population. An univariate and an exploratory bivariate analysis were performed. The project was evaluated by the Research Ethics Committee of the Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. **Results:** 125 patients were interviewed, 61 from Hospital 1 and 64 from Hospital 2; 87%, were women; 73.6% were poor sleepers, 68% had depression, (22.4%, anxiety, 24.8% moderate-severe diffuse body pain and 30, 4% had suicidal ideation, 27.9% in Hospital 1 and 32.8% in Hospital 2. The frequency of suicidal ideation factors were: poor sleep quality 81.6% ( $p = 0.1$ ), depression 71% ( $p = 0.5$ ), anxiety, 42% (0.001) and moderate-severe diffuse body pain 26.3% ( $p = 0.005$ ). In multivariate analysis anxiety  $pr = 1,4$   $CI95\% = 1,14-1,7$ ,  $p = 0,006$  and been a poor sleeper  $pr = 1,2$ ,  $CI95\% = 1,0-1,4$ ,  $p = 0,01$  were associated with suicidal ideation. **Conclusions:** The frequency of suicidal ideation is high in these patients. The most common factor was poor quality of sleep. Anxiety and been a poor sleeper were associated with suicidal ideation.

**Keywords:** Anxiety, depression, fibromyalgia, suicidal ideation.

**Source:** MeSH-BIREME

## INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un proceso reumático crónico y no inflamatorio, que afecta a las partes blandas del aparato locomotor con compromiso frecuente de la salud mental (1). Representa la primera causa de dolor generalizado crónico y es la segunda patología reumática más frecuente después de la osteoartritis (2,3). De acuerdo a un reciente estudio realizado por Calandre (4), en España 2014, la frecuencia de ideación suicida en estos pacientes es de 48%.

Nock en el Reino Unido encontró que fibromialgia se asocia a mayores casos de muerte por suicidio (5). Asimismo el dolor crónico, el síntoma cardinal de la fibromialgia, se ha relacionado con una mayor probabilidad de comportamientos suicidas (es decir ideas, intentos y suicidio consumado (6-8).

Se han descrito varios factores asociados a ideación suicida en fibromialgia. Calandre (4) en el 2014 halló que la edad, el sexo femenino, un bajo nivel socioeconómico y la presencia de depresión, ansiedad, y trastornos del sueño, fueron los principales factores. Alvarado en Chiclayo (10), halló asociación entre Síndrome de Fibromialgia y ansiedad (OR=9,7 IC95% 3,1-29,5); mas no con depresión (OR=1,48 IC95% 0,27-8). Sin embargo en este estudio no se pesquisó ideación suicida. No se han encontrado datos locales ni nacionales referentes a fibromialgia, ideación suicida ni los factores asociados a su presencia.

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de los factores asociados a ideación suicida en pacientes con Fibromialgia de dos centros de Chiclayo durante el 2015.

## II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

### 1.- Antecedentes del Problema

La Fibromialgia es la segunda patología reumática más frecuente después de la osteoartritis, siendo la prevalencia en la población general del 2 al 8 % y esto varía de acuerdo a los criterios diagnósticos usados <sup>(6)</sup>. Con los criterios actuales, la razón entre mujeres/hombres es 2:1 similar a otras condiciones de dolor crónico, y esto puede ser a que las mujeres tienen más puntos dolorosos sensibles que los hombres <sup>(22)</sup>. El dolor es el síntoma cardinal de la fibromialgia y dolor crónico se ha relacionado con una mayor probabilidad de comportamientos suicidas (es decir ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado)<sup>(29)</sup>. La frecuencia en la población es muy importante para comprender el impacto de esta enfermedad en las personas, las familias y la sociedad. En el Perú, los estudios epidemiológicos en este aspecto son muy escasos. El estudio Quevedo (2012) sobre prevalencia de fibromialgia, estudio observacional, encontró 2.33% de los pacientes atendidos en el 2009 del servicio de reumatología en un hospital de Lima y de 3.44% en el 2011<sup>(30)</sup>

El suicidio, por otra parte, es una causa principal de muerte. De acuerdo a un reciente estudio sobre la prevalencia de ideación suicida, plan y los intentos en la población general resulta ser de 9,2; 3,1 y 2,7%, respectivamente. Un estudio realizado por Tang en el Reino Unido (2006) sobre “tendencia suicida en el dolor crónico”, menciona una prevalencia de 24% de ideación suicida en pacientes con dolor crónico no oncológico. Algunos estudios mencionan diversos factores de riesgo en pacientes con dolor crónico no oncológico que se relacionan al

comportamiento suicida incluyen el dolor crónico y las perturbaciones del sueño tal y como fue revisado por Fishbain en donde encontró que las conductas suicidas eran frecuentes entre los pacientes con dolor crónico no oncológico.

## **2.-Bases teórico – científicas**

La fibromialgia es un síndrome doloroso crónico reconocido por la OMS desde 1992. Está clasificada con el código M79.7 de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) como una enfermedad de reumatismo no articular<sup>(2)</sup>. La fibromialgia es una causa común de dolor musculo esquelético crónico generalizado, a menudo acompañado de fatiga, trastornos cognitivos como alteración de la atención y memoria; síntomas psiquiátricos como alteraciones del pensamiento traducidos en pesimismo, excesivas preocupaciones, sentimiento de desesperanza, baja autoestima, hipocondría, ideas de muerte y suicidio; además de múltiples síntomas somáticos como cefalea y parestesias que son mayormente en brazos y piernas <sup>(29)</sup>. Ratcliffe et al. en el 2011 reportó que la fibromialgia está asociada a ideación suicida, con un OR 2.34 [1.49 - 3.66] en un intervalo de confianza del 95% <sup>(22)</sup>.

En diferentes estudios dirigidos por Calendre et al, resaltan que la depresión es el factor más fuertemente asociado a ideación suicida ya que se encontró en el 90% de los pacientes con fibromialgia en comparación a los pacientes control que fue del 4% y pacientes con lumbalgia que fue del 41%. La intensidad del dolor y la salud física no han demostrado ser estadísticamente significativos en los pacientes con Fibromialgia pero sí la severidad de la

depresión y el estado de salud mental <sup>(4)</sup>. Sin embargo la literatura sobre ideación suicida, y sus factores asociados en los pacientes con fibromialgia es escasa.

### 3. Definición de términos básicos

**Ideación suicida:** Pérez (1999) define la ideación suicida a una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte <sup>(21)</sup>. Bobadilla (2004) “Se habla de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio <sup>(22)</sup>”

**Fibromialgia:** Define la OMS como una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, con una exagerada hipersensibilidad (alodinia e hiperalgesia) en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. <sup>(23)</sup>

**Depresión:** Define la OMS como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

**Ansiedad:** La DSM-IV-TR (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.

**Calidad de sueño:** Royuela (1996) incluye en la definición, los aspectos cuantitativos del sueño, como la duración del sueño, la latencia del sueño o el número de despertares nocturnos,

y aspectos cualitativos puramente subjetivos, como la profundidad del sueño o la capacidad de reparación del mismo y refiere que esto varía según los individuos.

**Escala analoga visual (Eva):** Huskisson (1970) desarrolló el EVA en reumatología en base a que sólo el paciente puede medir [el dolor] gravedad. Se define como una escala de 10 cm con un borde en cada lado. A la izquierda de la marca "0" aparece la indicación "No hay dolor en absoluto", y a la derecha de la marca "10" "El dolor es tan malo como podría ser".

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **1. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **1.1. Tipo y diseño de estudio**

Estudio descriptivo transversal con análisis exploratorio.

##### **1.2. Población de estudio**

La población fueron pacientes con diagnóstico de Fibromialgia atendidos por consulta externa de medicina y reumatología de los hospitales Regional Lambayeque del Ministerio de Salud (Hospital 1) y Almanzor Aguinaga Asenjo de EsSalud (Hospital 2), ambos nivel III durante los años 2014 y 2015. Lambayeque está situado al norte del Perú y es un centro de alta actividad comercial y vía obligatoria de paso entre numerosas regiones del Perú.

##### **1.3.- Criterios de Inclusión y Exclusión:**

**1.3.1 Criterios de inclusión:** Edad mayor de 18 años, residir en la provincia de Chiclayo (capital del Departamento de Lambayeque) y firma del consentimiento informado.

**1.3.2 Criterios de exclusión:** Antecedentes en la historia clínica de hipotiroidismo, cirrosis hepática, enfermedad renal crónica, demencia, infección por VIH - SIDA, cáncer de cualquier etiología, enfermedades del colágeno y autoinmunes, osteoartrosis y el haber recibido antidepresivos las últimas 2 semanas previas a la visita domiciliaria.

#### **1.4. Muestra de estudio**

Los datos fueron recolectados de los servicios de estadística de ambos centros hospitalarios, según CIE-10 de Fibromialgia: M79.7. También se revisaron historias clínicas de pacientes con CIE-10 M79.0: “Reumatismo no especificado”: y M79.1: “Mialgia” en los que en la última consulta aparecía: “descartar Fibromialgia”. En relación al Hospital 1 los datos de los pacientes se recolectaron del 2014 al 2015 y del Hospital 2 del 2013 y 2015. El muestreo fue no probabilístico consecutivo.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Determinar la frecuencia de los factores asociados a ideación suicida en pacientes con Fibromialgia de la consulta externa del Hospital Regional Lambayeque y Hospital Nacional Almanzor Aguinaga durante el 2015.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la frecuencia de ideación suicida en los pacientes con fibromialgia de los consultorios externos de Medicina Interna y Reumatología de ambos centros.

- Determinar cuál es el factor que se encuentra en mayor asociación a ideación suicida en los pacientes con fibromialgia.

### 3. VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DIMENSIONES	VALORES
<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	Catagórica politómica	Ordinal	Unidimensional	Cada “Sí” equivaldrá a 2 puntos y cada “No” equivaldrá a 1 punto. Por lo que  <b>&lt; 18 puntos:</b> No presenta ideación suicida. <b>&gt; o = 18 puntos:</b> Ideación suicida
<b>PRESENCIA DEPRESIÓN</b>	Catagórica dicotómica	Nominal	Unidimensional	Cada ítem va de 0 a 3, haciendo un puntaje de 0 a 60.  <b>&lt; 16 puntos:</b> No significancia clínica de depresión  <b>&gt; o = de 16 puntos:</b> Depresion
<b>PRESENCIA DE ANSIEDAD</b>	Catagórica Politómica	Ordinal	Unidimensional	<b>20-44:</b> Rango Normal. <b>&gt;45:</b> Ansiedad
<b>CALIDAD DE SUEÑO</b>	Catagórica Politómica	Ordinal	7 componentes a. Eficiencia habitual del sueño/ b. Duración total del sueño/ c. Latencia del sueño/ d. Perturbaciones del sueño/ e. Calidad del sueño/ f. Uso de medicación para dormir/	<b>Punto de corte de 5</b> ( $\geq 5$ malos dormidores).  <b>&lt; 5:</b> No trastorno del sueño <b>&gt; o = 5:</b> Trastorno del sueño

			g. Disfunción diurna	
<b>ESCALA VALORACION ANÁLOGA</b>	Categórica Politómica	Ordinal	Unidimensional	<b>Marca 0:</b> "No hay dolor en absoluto" <b>Marca 10:</b> "El dolor es tan malo como podría ser".
<b>SEXO</b>	Categórica dicotómica	Nominal		-Masculino -Femenino
<b>EDAD</b>	Cuantitativa	Discreta		
<b>ESTATUS EDUCACIONAL</b>	Categórica Politómica			-Sin estudios -Estudios primarios incompletos -Estudios primarios completos. -Estudios secundarios incompleto -Estudios secundarios completo -Estudios Superiores.
<b>ESTATUS FAMILIAR</b>	Categórica Politómica	Nominal		- Soltero - Casado - - Conviviente - Divorciado - Viudo

#### 4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron 5 instrumentos:

**1. Escala de ideación suicida de Beck**, versión adaptada en Chiclayo por Bobadilla <sup>(11)</sup> para adolescentes, con confiabilidad de 0.81. Es una escala heteroaplicada de 18 ítems de respuesta dicotómica. Las preguntas son respecto a la situación durante el momento de la entrevista y a una semana previa.

**2. Escala de Zung para ansiedad**, validada en Colombia por De la Ossa <sup>(12)</sup>, con alfa de Cronbach de 0.77, sensibilidad de 86% y especificidad de 71 %. Consta de veinte puntos que cuantifican síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos en los últimos treinta días. Cada pregunta se puntúa de uno a cuatro. El puntaje total oscila entre 20 y 80 puntos.

**3. Escala CESD-R (Escala Revisada del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión)**, validada en población general Norteamericana, con alfa de Cronbach de 0.93, sensibilidad de 91,4% y especificidad de 96,7%. Consta de 20 preguntas y presenta un puntaje de 0 a 80 puntos, con un punto de corte de 16 para definir depresión <sup>(13)</sup>.

**4. Escala de calidad de sueño de Pittsburgh**, versión colombiana adaptada y validada por Royuela <sup>(14)</sup> en el 2005, con un alfa de Cronbach de 0.81, sensibilidad de 88,63% y una especificidad del 74,99%. Consta de 19 ítems que analizan los factores determinantes de la calidad del sueño y se agrupan en 7 componentes: calidad, latencia, duración, eficiencia, alteraciones del sueño, uso de hipnóticos y disfunción diurna.

**5. Escala análoga visual del dolor**, elaborada por Huskisson <sup>(15)</sup> en 1970. Es una escala del 0 al 10, siendo 0 “ausencia de dolor” y 10 el “peor dolor soportable”. Califica el grado de Dolor corporal Difuso (DCD) del paciente.

Se realizó un piloto previo en 18 pacientes del Hospital 1 para verificar la inteligibilidad de los instrumentos. El tiempo promedio de llenado de los cuestionarios fue 25 minutos. Se revisó la historia clínica y se contactó vía telefónica con los pacientes para visita programada.

## 5. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez concluido el llenado de los instrumentos, se evaluarán las respuestas en ese momento. Inmediatamente se les entregarán los resultados y se les avisará si tienen alguno de los problemas buscados. Asimismo se les explicará en que consiste el problema hallado (por ejemplo Depresión). También se les entregará un díptico informativo (conocimientos básicos del problema y las posibles consecuencias en caso no recibir asistencia por especialista) por cada problema hallado. Finalmente se les comunicará la necesidad de acudir a un especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo) en caso se halle Depresión y/o Ansiedad y/o Ideación Suicida o a un médico internista en el caso de hallar problemas del sueño, pues estos diagnósticos son un tamizaje inicial y que para confirmar los diagnósticos deben acudir a un especialista. La información recolectada y depurada, se ingresará a una base de datos de Excel y se obtendrán las frecuencias en porcentajes.

Para la creación de la base de datos sólo se utilizarán códigos. Sólo tendrán acceso a la base de datos los investigadores la cual será guardada en un archivo con código en la computadora personal de uno de los investigadores. Las fichas serán guardadas en un archivo personal en casa de uno de los investigadores con llave.

La derivación a un especialista es para asegurar que reciba ayuda, tras luego de haber aplicado las entrevistas y hecho los diagnósticos y de acuerdo a la procedencia de cada hospital (Almanzor Aguinaga Asenjo o Regional de Lambayeque), se les indicará acudir a éstos centros a los consultorios de Psiquiatría/psicología y/o Medicina Interna. Finalmente se

realizará una llamada vía telefónica una semana después de la visita para recordar la necesidad de acudir al Hospital.

## **6.- ASPECTOS ESTADÍSTICOS:**

Se realizó un análisis descriptivo, calculando frecuencias, y medidas de tendencia central. Se hizo un análisis exploratorio y bivariado, para determinar razones de prevalencia; se trabajó con un intervalo de confianza al 95% considerando un nivel de significancia de 5%. Para explorar la asociación entre ideación suicida, variables sociodemográficas y Depresión, Ansiedad, Sueño y dolor se realizó un análisis multivariado mediante modelos lineales generalizados mediante el método backward, es decir colocar todas las variables que en el bivariado tuvieron una  $p < 0,1$  y que por los antecedentes se asociaban a Ideación suicida e ir retirando una a una hasta obtener aquellas con valores  $p < 0,05$ . Se utilizó el software Stata versión 12

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El proyecto fue aprobado por los Comités de ética e Investigación del Hospital Regional Lambayeque, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. A cada participante se le entregó un formato de consentimiento informado. Se les explicó los resultados y se les orientó para búsqueda de ayuda médica (médico internista) en el caso se hallaba mala calidad de sueño y búsqueda de ayuda por profesional de salud mental en el caso se hallaba Depresión y/o ideación suicida. Finalmente se les entregó un díptico informativo sobre ansiedad, depresión y síntomas de Fibromialgia.

#### IV. RESULTADOS

Se analizaron 224 historias clínicas: 91 del Hospital 1 (40,6%) y 133 (59,4%) del 2. Se entrevistó a 61 pacientes Hospital 1 y 64 del 2. El proceso de selección de los participantes se aprecia en la figura 1.

La media de la edad fue  $54 \pm 12,6$  años (rango: 25-90); 109 pacientes (87,2%) fueron mujeres.

La media de la edad en varones fue  $56,2 \pm 14,4$  años y en mujeres  $53,75 \pm 12,3$  años; 68 (46,4%) vivían en el distrito de Chiclayo, 89 (71,2%) eran convivientes; 54 (43,2%) tenían educación secundaria completa. En las mujeres, 73 (66,9%) eran amas de casa y en los hombres, 10 (62,5%) fueron jubilados o sin trabajo estable. El resto de características se muestra en la tabla 1. En el bivariado ninguna variable sociodemográfica se asoció a ideación suicida: edad= ( $p= 0,9420$ ), sexo ( $p= 0,21$ ), años de diagnóstico ( $p= 0,9934$ ), distrito de procedencia ( $p=0,45$ ); ocupación ( $p=0,127$ ), estado civil ( $0,148$ ), grado de instrucción ( $0,29$ ) y el antecedente familiar de suicidio ( $p=0,51$ ).

En relación a ideación suicida, la frecuencia fue: 30,4%, 27,8% en el hospital 1 y 32,82% en el Hospital 2, sin diferencias entre ellos ( $p= 0,34$ ). Ninguna variable sociodemográfica se asoció a ideación suicida. Sólo ansiedad ( $p=0,001$ ) y Dolor corporal Moderado/severo ( $p= 0,005$ ), se asociaron a ideación suicida en el total de pacientes. Ver tabla 2.

La frecuencia de Depresión fue: 68%: 65,5% en el Hospital 1 y 70,3% en el segundo ( $p=0,5$ ); 27 pacientes (21,6%) tuvieron depresión e ideación suicida al considerar ambos hospitales.

La frecuencia de ansiedad fue: 24,8%, 24,5% y 20,3% en los hospitales 1 y 2, respectivamente,  $p= 0,56$ ; 16 pacientes (12,8%) tuvieron Ansiedad e Ideación suicida al considerar ambos hospitales.

La media, mediana y desviación estándar del índice de Pittsburgh fueron: 6; 6 y 2,2, respectivamente. Del total de los participantes, 92 (73,6%) fueron malos dormidores. De estos, dormían entre 6 y 7 horas: 10 (10,8%), entre 5 y 6 horas: 16 (17,3%) y menos de 5 horas 58 (63%); 68,5% tenían dificultades para dormir tres o más noches a la semana; 45,5% pacientes, referían consumo de hipnóticos: 42,6% y 48,4% en el hospital 1 y 2, respectivamente.

La media, mediana y desviación estándar de la Escala análoga visual para el dolor fueron de: 4,5, 5 y 1,49, respectivamente. Se halló diferencias en la media entre el grupo con Ideación suicida y el grupo sin Ideación: 4,1 +/- 1,7 en el primero y 4,7 +/- 1,3, en el segundo ( $p= 0,03$ ). Del total, 24,8% tuvieron DCD moderado/severo, 21,3% y 28,1 en cada uno de los hospitales, respectivamente,  $p= 0,83$ . Asimismo, 10 pacientes (8%) tuvieron DCD moderado/severo e Ideación suicida.

En el gráfico 1 se aprecia la frecuencia de ansiedad, Depresión, ser mal dormidor y DCD moderado-severo en los pacientes con Ideación suicida.

En el análisis multivariado, sólo ansiedad,  $rp= 1,4$  IC95%= 1,14-1,7,  $p= 0,001$  y ser mal dormidor,  $rp= 1,2$ , IC95%= 1,0-1,4,  $p=0,049$ , se asociaron a Ideación suicida.

## V. DISCUSIÓN

De los participantes, 109 (87,2%) fueron mujeres. Esto concuerda con el estudio de Vidal <sup>(16)</sup> en Lima 80% y a nivel local León <sup>(17)</sup> en Lambayeque, en el 2010, halló que 96,4% fueron mujeres. Sin embargo en este estudio los pacientes fueron exclusivamente de consulta de Medicina Interna. La mayor frecuencia de mujeres puede atribuirse a diferencias hormonales y también a diferencias en el umbral del dolor <sup>(18)</sup>. Sin embargo, León en Lambayeque, en el 2014, halló que en población general la prevalencia de Fibromialgia en mujeres fue de 2,4% y de 4,1% en hombres <sup>(17)</sup>. Una posibilidad es que la epidemiología de la enfermedad sea diferente en población general con respecto a la de consulta externa o también a un mayor uso de consulta externa por parte de las mujeres.

En cuanto a la ocupación 90,8% de las mujeres fueron amas de casa. León <sup>(9)</sup> en Chiclayo y Acosta en Cuba, <sup>(19)</sup> hallaron que la frecuencia de esta ocupación en las mujeres fue de 57% y 58%, respectivamente. Una posibilidad para explicar este hallazgo es que las amas de casa buscan con mayor frecuencia atención médica. Por otro lado, el estrés y la responsabilidad de la mujer en el hogar son posibles causas de aparición y exacerbamiento de la enfermedad <sup>(19)</sup>.

La frecuencia de ideación suicida fue de 30,4%. Esta cifra es menor a la hallada por Calendre <sup>(4)</sup> en el 2015 (48%), mayor a la de Jiménez-Rodríguez en el 2014 (27,3%) <sup>(20)</sup> y similar a la de Triñanes <sup>(28)</sup> en el 2015 (32,5%), todos estos estudios españoles. En el segundo estudio, los pacientes con Fibromialgia tuvieron un odds de 26,9 (IC95%=5,7-126) de tener ideación suicida comparado con sujetos sanos. Estos hallazgos podrían corresponder a diferencias en

ideación suicida en ambas poblaciones o a características distintivas de la Fibromialgia entre países.

En el Perú en el 2012, Saavedra en un estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y el Callao, halló que 23,4% de la población adulta, alguna vez en su vida había presentado deseos de morir; 4,6% lo había pensado en el último año y 1,3%, en el último mes; Aparentemente la tendencia suicida es mayor en el promedio de la Costa del Perú cuando se le compara con Lima-Callao. Por otra parte, en los tres estudios españoles se usó la pregunta 9 del Inventario de depresión de Beck para hallar la frecuencia de ideación suicida. En nuestro estudio se utilizó un test individualizado y validado en nuestra localidad en adolescentes y testado con un piloto en pacientes con Fibromialgia <sup>(11)</sup>. Por otra parte, la exclusión de pacientes con Fibromialgia en tratamiento antidepresivo, puede disminuir la frecuencia hallada de ideación suicida.

En nuestro estudio la frecuencia de depresión fue de 68%. Esta cifra es menor a lo hallado por Alvarado <sup>(10)</sup> en Lambayeque (96,2%) y mayor a lo encontrado por Calendre <sup>(4)</sup> en España (56%). En el primer estudio se usó el test de Beck para Depresión y en el segundo, el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia. El de Beck, debido a los síntomas somáticos, aumenta la puntuación para Depresión. Sin embargo Calendre <sup>(4)</sup> si halló asociación entre tener Depresión e ideación suicida, hallazgo no encontrado en nuestro estudio. No encontramos motivos para este hallazgo y podría corresponder a una característica de los pacientes con Fibromialgia de esta localidad.

Se encontró que el factor más frecuente en los pacientes con ideación suicida fue mala calidad del sueño: 81,5%, dato mayor a lo hallado por Calendre <sup>(4)</sup> de 16,8%. En ambos estudios se emplearon la escala de sueño de Pittsburgh para la valoración de la calidad de sueño. Por otra parte, se desconoce la frecuencia de uso de hipnóticos en el estudio de Calendre. Una posible explicación es que en Lambayeque, inclusive en población general, la calidad del sueño sea muy deficiente. Ello se presentaría aún más en Fibromialgia. Igual a nuestro estudio, Calendre también encontró asociación entre calidad de sueño e Ideación suicida. Triñanes <sup>(28)</sup> halló que en pacientes con Fibromialgia, Ansiedad y Depresión se asociaron independientemente con Ideación suicida.

En el gráfico 1 se aprecia la distribución de las características clínicas en los pacientes con Ideación suicida, en donde se encontró que el ser mal dormidor es el factor más frecuente (81,50%), cifra mucho mayor a lo encontrado por Calendre en España (16,8%), presentando por tanto las personas de nuestra localidad un aumento en los trastornos del sueño lo que los hace probablemente susceptibles a presentar ideación suicida. Jiménez Rodríguez <sup>(20)</sup> encontró cifras de 91% en depresión para pacientes con Fibromialgia e Ideación suicida. No se estudió ansiedad en dicho estudio.

En relación a DCD, Calati <sup>(25)</sup>, en un metaanálisis de 31 estudios observacionales, halló que los pacientes con dolor corporal (incluidos pacientes con Fibromialgia), en comparación con personas sanas, tenían con mayor frecuencia ideación suicida de por vida y en el momento de la evaluación ( $p=0,0001$ ), así como de haber intentado suicidarse ( $p=0,001$ ) <sup>(25)</sup>. Esto no se

halló en nuestro estudio. Llama la atención que al analizar el dolor, el puntaje de EAV, fue menor en los pacientes con Ideación suicida y más pacientes en este grupo, tuvieron dolor moderado a severo (71,2% versus 44,7%). Probablemente el tamaño de muestra no permite Otra posibilidad es una mayor frecuencia de automedicación de analgésicos en el grupo Ideación, dato del que no se obtuvo información.

La hormona Melatonina sintetizada a partir de la Serotonina regula el ciclo vigilia sueño y el estado del ánimo <sup>(26)</sup>. La asociación hallada entre dormir mal y tener ansiedad e ideación suicida estaría justificada. Sin embargo es discutible la ausencia de asociación con Depresión y dolor. En los estudios españoles mencionados si se encuentra. Estos resultados son similares a los hallados por Alvarado en Lambayeque <sup>(10)</sup>, en pacientes con Fibromialgia de los mismos hospitales. En este estudio caso control, Ansiedad mas no Depresión se asociaron a tener Fibromialgia <sup>(10)</sup>. Una posibilidad es que en población Lambayecana, con Fibromialgia e ideación suicida, Ansiedad juegue un rol preponderante y tal vez pronóstico. Cabe mencionar también, que dentro de la fisiopatología del suicidio es de destacar la intervención de otros sistemas neuroquímicos como la noradrenalina, dopamina y neurotrópicas que podría explicar este hallazgo <sup>(27)</sup>.

Una de las limitaciones del estudio fue el no medir la adherencia al tratamiento. Otra limitación es desconocer si los pacientes habían acudido a un psicólogo o psiquiatra para recibir tratamiento por otros problemas de salud mental diferentes a Depresión. La ausencia de datos en relación a Terapia física y Rehabilitación, también es una limitante. Se han realizado

exploraciones de las variables, sin embargo el tamaño muestral calculado es para un estudio descriptivo por lo que las razones de prevalencias sólo son exploratorias.

## **VI. CONCLUSIONES**

Se encontró elevada frecuencia de ser mal dormidor como factor asociado a ideación suicida en pacientes con fibromialgia.

La frecuencia de ideación suicida en pacientes con fibromialgia es elevada.

Se encontró que solo ansiedad y ser mal dormidor se asoció a ideación suicida en pacientes con fibromialgia.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se plantea la necesidad de un seguimiento estricto y multidisciplinario a los pacientes con fibromialgia en un programa de salud mental, Terapia Física, Rehabilitación y Reumatología para abordar éstos factores de manera oportuna, con especial énfasis en la presencia de ansiedad y en las características del sueño. Dada la elevada frecuencia de ideación suicida en estos pacientes, su tamizaje debe ser una prioridad. Ello no sólo es labor de especialistas en salud mental, sino también de los profesionales que atienden a pacientes con Fibromialgia.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. *Pol Arch Med Wewn.* 2009 Mar; 119(3):157-61.
2. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneve: WHO; 1992.
3. Queiroz. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2013. 17(8):356.
4. Calandre E, Navajas-Rojas MA, Ballesteros J, Garcia-Carrillo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F. Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Pain Pract.* 2015 Feb;15(2):168-74.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008.
6. Arnold LM, Garra DJ, McCarberg BH. Mejorar el reconocimiento y diagnóstico de fibromialgia. *Mayo Clin Proc.* 2011.
7. Tang N, Crane C. tendencia suicida en el dolor crónico: una revisión de la prevalencia, factores de riesgo y los vínculos psicológicos. University of Oxford, 2006
8. Gonzales et al. Suicidality in Chronic Pain: Predictors of Suicidal Ideation in Fibromyalgia. *Pain pract.* 2015;15(4):323-32.

9. León-Jiménez F, Loza-Munarríz C. Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo. *Rev Med Hered.* 2015; 26:147-160.
10. Alvarado-Moreno JG, Montenegro-Díaz KA, León-Jiménez FE, Díaz-Vélez C. Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales de Lambayeque, Perú, 2011 -2012. *Revista Médica de Risaralda* 2014 Jul-Dic;
11. Bobadilla V. Adaptación de la escala de ideación suicida. Estudio de validación de prueba de la facultad de humanidades de la escuela de Psicología de la Universidad Particular Señor de Sipán. *Memorias del II Congreso Binacional de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Universidades del Sur del Ecuador y Norte del Perú.* 2012
12. De la Ossa S, Martínez T, Herazo E. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colomb Med.* 2009; 40: 71-7
13. Radloff L. The CES-D Scale A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Center for Epidemiologic Studies National Institute of Mental Healthc. June 1977 vol. 1 no. 3 385-401
14. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol.* 2005; 40 (3): 150-155
15. Sokka T. Assessment of pain in rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23 (Suppl. 39):S77-S84.

16. Vidal M, Noruega E, Pizarro J. Sintomatología depresiva en pacientes con fibromialgia. An Fac med. 2010;71(1):23-7.
- 17.- León-Jiménez F. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo. Rev Soc Peru Med Interna 2010; vol 23 (1)
- 18.- Ballina García FJ. La Fibromialgia. Revisión clínica. Rev Clín Española. 1995;195(5): 54 – 62.
19. Acosta R, Gonzales M, Bringas S. Alteración ortostática en mujeres con fibromialgia. Rev cubana med. 2005; 44:5-6.
- 20.- Jimenez-Rodríguez I, 1 Garcia-Leiva JM, Jimenez-Rodriguez B, Condés-Moreno E, Rico-Villademoros F, 1 Calandre E . Suicidal Ideation in Patients with Fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. A Cross-Sectional Study. Pain Pract. 2015 Feb; 15(2):168-74.
- 21.- Muñoz J; Pinto V; Callata H; Napa N; Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev. Perú. med. exp. salud publica v.23 n.4 Lima oct./dic. 2006
22. - Ratcliffe G et al. Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. Clin J Pain 2008.
23. - Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül AI, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. J Int Med Res. 2015; 43(5):679-85.
- 24.-Smith MT, Edwards RR, Robinson RC, Dworkin RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. Pain. 2004;111:201–

208.

25. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *J Psychiatr Res.* 2015 Dec;71:16-32.

26.- Cardinali DP, Srinivasan V, Brzezinski A. Melatonin and its analogs in insomnia and depression. *J. Pineal Res*,52:365–375, 2012.

27 Castillo A. Fisiopatología del suicidio. Tema de revisión: Lima , Universidad mayor de San Marcos, 2005.

28. Triñanes Y1, González-Villar A, Gómez-Perretta C, Carrillo-de-la-Peña MT. Suicidality in chronic pain: predictors of suicidal ideation in fibromyalgia. *Pain Pract.* 2015 Apr;15(4):323-32.

29.- Calandre et al. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology (Oxford).* 2011 Oct; 50(10):1889-93.

30.- Quevedo H. Incremento en la prevalencia de Fibromialgia en un centro médico: un estudio observacional comparando los años 2009 y 2011. *Interciencia* 2012; 3(4): 5-9

## IX. ANEXOS

### 1. Instrumentos de recolección de datos y escalas de valoración:

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### NOMBRE Y APELLIDO:

1. Edad:

2. Sexo:

Masculino	Femenino
-----------	----------

3. Distrito:

4. Ocupación:

5. Estado Civil:

Soltero	Casado	Conviviente	Viudo	Divorciado
---------	--------	-------------	-------	------------

6. Grado de instrucción:

Ningún	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior
--------	------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------	----------

7. ¿Algún familiar ha cometido suicidio?

SÍ	NO
----	----

### ESCALA CES-D PARA DEPRESIÓN

Las siguientes frases indican distintas maneras de sentirse. Por favor indique la frecuencia con que Usted se ha sentido de estas maneras en la semana pasada. Las respuestas posibles, son las siguientes:

- 0 = raramente o nunca (menos de un día)
  - 1 = alguna o pocas veces (1-2 días)
  - 2 = ocasionalmente o una cantidad moderada (3-4 días)
  - 3 = la mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
- 

1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan

0	1	2	3
---	---	---	---

2. No me sentía con ganas de comer - tenía mal apetito

0	1	2	3
---	---	---	---

3. Me sentía que no podía quitarme de encima la tristeza aun  
con la ayuda de mi familia o amigos

0	1	2	3
---	---	---	---

4. Sentía que yo era tan buena(o) como cualquier persona

0	1	2	3
---	---	---	---

5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba  
haciendo

0	1	2	3
---	---	---	---

6. Me sentía deprimida/deprimido

0	1	2	3
---	---	---	---

7. Sentía que todo lo que hacia era un esfuerzo

0	1	2	3
---	---	---	---

8. Me sentía optimista sobre el futuro

0	1	2	3
---	---	---	---

9. Pensé que mi vida habia sido un fracaso

0	1	2	3
---	---	---	---

10. Me sentía con miedo

0	1	2	3
---	---	---	---

11. Mi sueño era inquieto

0	1	2	3
---	---	---	---

12. Estaba contenta/contento

0	1	2	3
---	---	---	---

13. Hablé menos de lo usual

0	1	2	3
---	---	---	---

14. Me sentí sola/solo

0	1	2	3
---	---	---	---

15. La gente no era amistosa

0	1	2	3
---	---	---	---

16. Disfruté de la vida

0	1	2	3
---	---	---	---

17. Pasé ratos llorando

0	1	2	3
---	---	---	---

18. Me sentí triste

0	1	2	3
---	---	---	---

19. Sentía que no le caía bien a la gente

0	1	2	3
---	---	---	---

20. No tenía ganas de hacer nada

0	1	2	3
---	---	---	---

**ESCALA DE ZUNG PARA ANSIEDAD**

Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes, en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor, intente responder a todas las preguntas.

**1 = Nunca**

**2 = A veces**

**3 = Muchas veces**

**4 = Siempre**

---

1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Se ha sentido temeroso sin razón

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Ha sentido que se está derrumbando

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Se ha sentido tembloroso

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente

1	2	3	4
---	---	---	---

11. Se ha sentido últimamente mareado

1	2	3	4
---	---	---	---

12. Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo

1	2	3	4
---	---	---	---

13. Ha podido respirar con facilidad

1	2	3	4
---	---	---	---

14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos

1	2	3	4
---	---	---	---

15. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago

1	2	3	4
---	---	---	---

16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal

1	2	3	4
---	---	---	---

17. Ha sentido sus manos secas y calientes

1	2	3	4
---	---	---	---

18. Se ha ruborizado con frecuencia

1	2	3	4
---	---	---	---

19. Ha dormido bien y descansado toda la noche

1	2	3	4
---	---	---	---

20. Ha tenido pesadillas

1	2	3	4
---	---	---	---

## ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes, en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor, intente responder a todas las preguntas.

Durante el último mes:

1. ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche?  
Escriba la hora habitual en que se acuesta:
2. ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio? Escriba el tiempo en minutos:
3. ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana?  
Escriba la hora habitual de levantarse:
4. ¿Cuántas horas durmió cada noche? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.)  
Escriba las horas que crea que durmió:

5. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de...?	0. Ninguna vez en el último mes	1. Menos de una vez a la semana	2. Una o dos veces a la semana	3. Tres o más veces a la semana
---	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

---

a. No poder quedar se dormid o en la primera media hora

---

b. Desperta rse durante la noche o de madrugada

---

c. Tener que levantarse para ir al baño

---

d. No poder respirar bien

---

e. Toser o roncar ruidosamente

---

f. Sentir frío

---

g. Sentir calor

---

h. Tener 'malos sueños' o pesadillas

---

i. Tener dolores

---

j. Otras razones (por favor, descríbalas)

---

6. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?

---

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces 0. Nada problemático 1. Sólo ligeramente 2. Moderadamente problemático  
3. Muy problemático ha tenido problemas para permanecer  
problemático  
despierto  
mientras  
conducía,  
comía,  
trabajaba,  
estudiaba o  
desarrollaba  
alguna otra  
actividad  
social?

---

8. Durante el último mes, ¿el 'tener ánimos', qué tanto problema le ha traído a usted para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social?

---

9. Durante el último mes, ¿cómo calificaría 0. Muy buena 1. Bastante buena 2. Bastante mala  
3. Muy mala en conjunto la calidad de su sueño?

---

10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a 0. No tengo pareja 1. Sí tengo, pero 2. Sí tengo, pero duerme 3.  
Sí tengo y duerme de habitación? ni compañero/a de duerme en otra en la misma habitación  
en la misma cama habitación habitación y distinta cama Si no tiene pareja o compañero de habitación

---

Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación, pregúntele si usted durante el último mes ha tenido...

0. Ninguna vez en el último mes	1. Menos de una vez a la semana	2. Una o dos veces a la semana	3. Tres o más veces a la semana
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

---

a. Ronquidos ruidosos

---

b. Grandes pausas entre respiraciones, mientras duerme

---

c. Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme

---

d. Episodios de desorientación o confusión mientras duerme

---

e. Otros inconvenientes mientras usted duerme; por favor, descríbalos

---

### ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

- Instrucciones: Los siguientes ítems deberán de ser leídas detenidamente y marcar con un aspa (x) la alternativa que crea convenientemente. Trate de ser lo más objetivo y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde contestar todas las preguntas sin emplear mucho tiempo en cada una de ellas.

Ejemplo: (No se marca)

¿Tiene deseo de ser feliz?

SI - NO

- |  |         |
|--|---------|
| 1.- ¿Tiene deseo de morir?                                     | SI - NO |
| 2.- ¿Tiene razones para querer morir?                          | SI - NO |
| 3.- ¿Siente que su vida ha perdido sentido?                    | SI - NO |
| 4.- ¿Se siente útil en esta vida?                              | SI - NO |
| 5.- ¿Cree que la muerte trae alivio a sufrimientos?            | SI - NO |
| 6.- ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?           | SI - NO |
| 7.- ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?                   | SI - NO |
| 8.- ¿Tiene pensamientos suicida con frecuencia?                | SI - NO |
| 9.- ¿Logra resistir a esos pensamientos?                       | SI - NO |
| 10.- ¿Ha pensado en algún método específico?                   | SI - NO |
| 11.- ¿El método es accesible a usted?                          | SI - NO |
| 12.- ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio? | SI - NO |
| 13.- ¿Ha realizado algún intento de suicidio?                  | SI - NO |
| 14.- ¿Pensaría llevar a cabo algún intento de suicidio?        | SI - NO |
| 15.- ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el mundo?          | SI - NO |
| 16.- ¿Siente que tiene control sobre su vida?                  | SI - NO |
| 17.- ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?               | SI - NO |
| 18.- ¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?        | SI - NO |

## 2. Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución:	Hospital Regional Lambayeque/ Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo.
Investigadores:	Danny Jhonatan Ubillús Agurto, Franco Delgado Córdova.
Título:	Frecuencia de los factores asociados a ideación suicida en pacientes con fibromialgia en dos hospitales de Lambayeque - 2015

---

#### **Propósito del Estudio:**

La fibromialgia es una enfermedad crónica. En varios estudios se ha descrito que esta enfermedad está relacionada con algunos problemas como depresión y ansiedad. También se sabe que los pacientes con esta enfermedad pueden tener mayor riesgo de cometer suicidio. Queremos invitarlo a participar en éste estudio que busca conocer los motivos por los que un paciente con Fibromialgia pueda pensar en el suicidio.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en el estudio:

1. Se le pedirá que responda 5 cuestionarios: para medir depresión, ansiedad, calidad de su sueño, dolor y si tiene actualmente riesgo suicida. Todo este proceso tendrá una duración de 30 minutos.
2. Se le informará de sus resultados y se le orientará para recibir ayuda profesional en caso lo requiera.
3. Se le educará en relación a Fibromialgia y se le entregará un díptico informativo.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, no se divulgará la identidad de la persona entrevistada.

#### **Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en este estudio

#### **Beneficios:**

Una vez concluido el llenado de los instrumentos, se evaluarán las respuestas en ese momento. Inmediatamente se les entregarán los resultados y se les avisará si tienen alguno de los problemas buscados. Asimismo se les explicará en que consiste el problema hallado (por ejemplo Depresión). También se les entregará un díptico informativo (conocimientos básicos del problema y las posibles consecuencias en caso no recibir asistencia por especialista) por cada problema hallado. Finalmente se les comunicará la necesidad de acudir a un especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo) en caso se halle Depresión y/o Ansiedad y/o Ideación Suicida o a un médico internista en el caso de hallar problemas del sueño, pues estos diagnósticos son un tamizaje inicial y que para confirmar los diagnósticos deben acudir a un especialista.

#### **Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de los factores asociados a ideación suicida en pacientes con Fibromialgia.

**Confidencialidad:**

Será confidencial porque solo el equipo investigador tendrá acceso a los instrumentos y a los resultados. Sus datos serán guardados en forma confidencial y no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio. El dato de su nombre es importante pues con el podremos informarle en caso tenga alguno de los problemas de salud que buscamos.

Los resultados de este estudio serán publicados en una revista científica. No se mostrará ninguna información personal que permita reconocer a los participantes.

Este estudio ha sido evaluado por el Comité de ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseamos guardar la información de este estudio para su uso futuro en otras investigaciones por un periodo de 5 años. Para ello se contara con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de sus datos. Autorizo el almacenamiento y uso de la información de éste estudio

SI NO **Derechos del paciente:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Su atención en el hospital no se verá afectada si usted no quiere participar. En caso de algunas dudas durante o después de la visita domiciliaria, el participante podrá comunicarse con los investigadores de forma directa a los números 961592993 y/o # 961991390.

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 Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto participar voluntariamente participar en el estudio, entendiendo que me va a suceder y que puedo retirarme en cualquier momento del mismo sin perjuicio alguno a mi persona. No recibiré objeción alguna, por parte del equipo investigador, en caso de no desear participar.

\_\_\_\_\_  
 Participante  
 DNI:.....  
 Firma:.....

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Testigo  
 Nombre:  
 DNI:  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Fecha  
 \_\_\_\_\_

---

 Investigador

Nombre:

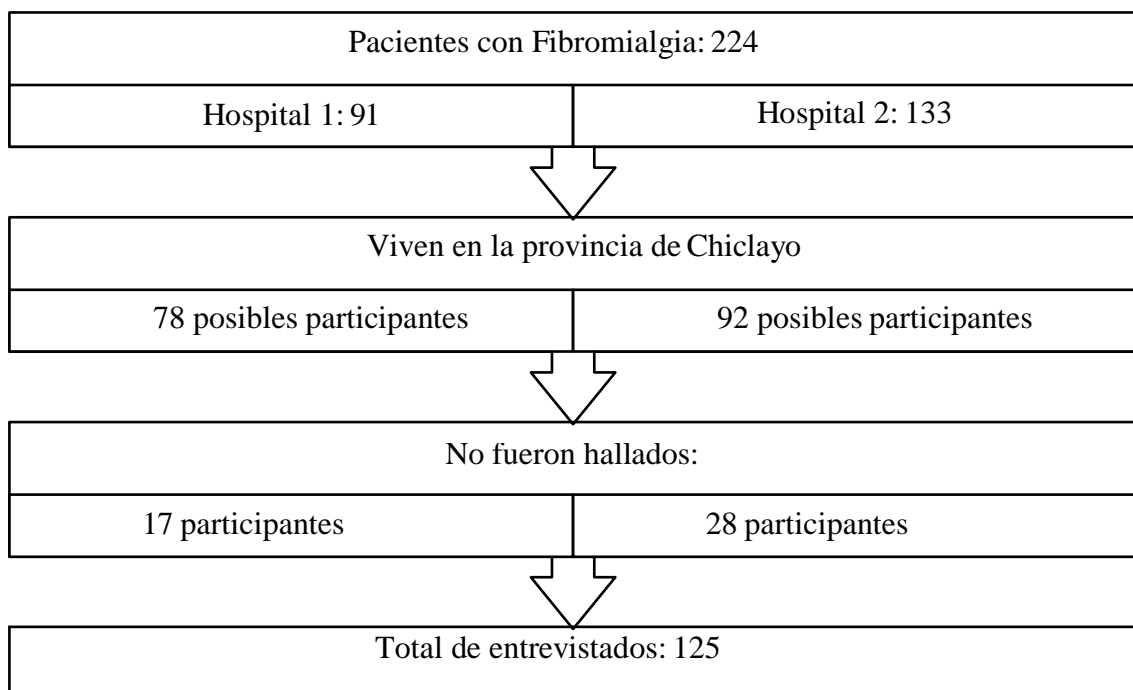
---

 Fecha

DNI:

## 2. Figuras y Gráficos

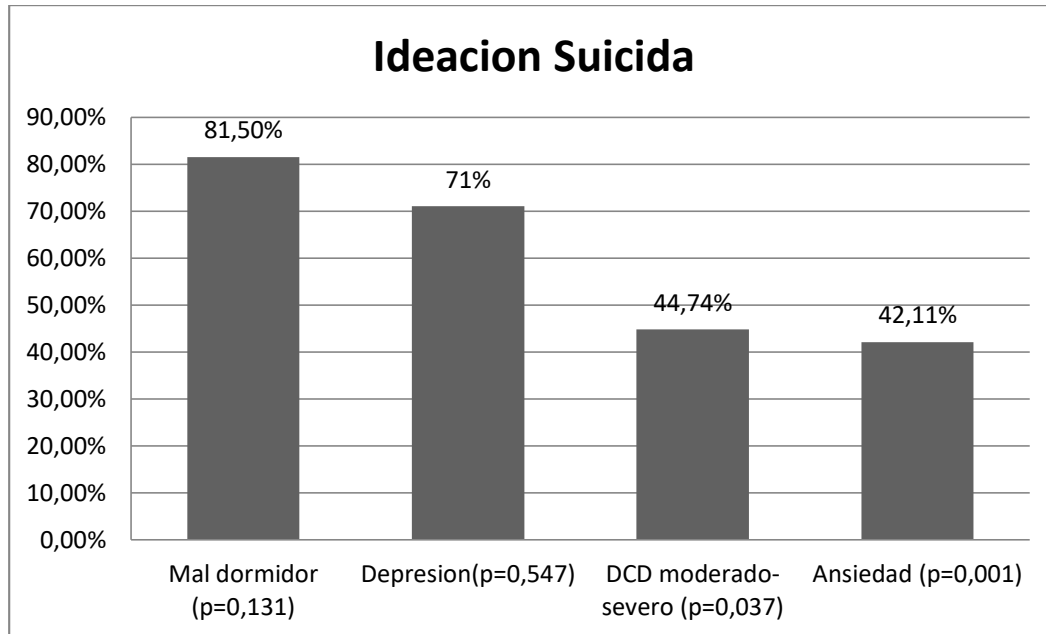
**Figura1:** Secuencia de captación de los Participantes



Hospital 1: Hospital regional Lambayeque

Hospital 2: Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo

**Gráfico1: Distribución de las características clínicas en los pacientes con Ideación suicida**



- **DCD = Dolor Corporal Difuso.**

#### 4.- Tablas:

**Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes**

	n	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	109	87,2
Masculino	16	12,8
<b>Edad</b>		
18-35	04	3,2
36-60	79	63,2
>60	42	33,6
<b>Distrito de procedencia</b>		
Chiclayo	68	54,4
José Leonardo Ortiz	31	24,8
La victoria	21	16,8
Otros	5	4
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	98	78,4
Comerciante	13	10,4
Oficina	4	3,2
Obrero	0	0
Docente	2	1,6
Jubilado	8	6,4
<b>Estado civil</b>		
Soltero	2	1,6
Casado	25	20
Conviviente	89	71,2
Viudo	7	5,6
Divorciado	2	1,6
<b>Grado de instrucción</b>		
Ninguno	2	1,6
Primaria incompleta	6	4,8
Primaria completa	9	7,2
Secundaria incompleta	33	26,4
Secundaria completa	54	43,2
Superior	21	16,8
<b>* Hospital 1</b>	61	48,8
<b>**Hospital 2</b>	64	51,2

\* Hospital Regional Lambayeque

\*\* Hospital Base Almanzor

**Tabla 2 Características sociodemográficas y clínicas en los participantes según presencia de Ideación Suicida**

	IS [+]		IS [-]		pc	pa
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Femenino	35	92,1	74	85	0,278	
Masculino	3	7,9	13	15		
<b>Distrito de procedencia</b>	24	63,1	44	50,6	0,462	
Chiclayo	8	21	23	26,4		
José Leonardo Ortiz	4	10,5	17	19,5		
La victoria	2	5,3	3	3,5		
Otros						
<b>Ocupación</b>						
Ama de casa	34	89,5	64	73,6	0,866	
Comerciante	1	2,6	12	13,8		
Oficina	2	5,3	2	2,3		
Obrero	0	0	0	0		
Docente	0	0	2	2,3		
Jubilado	1	2,6	7	8		
<b>Estado civil</b>						
Soltero	0	0	2	2,3	0,148	
Casado	12	31,6	13	15		
Conviviente	23	60,5	66	75,9		
Viudo	3	7,9	4	4,6		
Divorciado	0	0	2	2,3		
<b>Grado de instrucción</b>						
Ninguno	0	0	2	2,3	0,290	
Primaria incompleta	1	2,6	5	5,7		
Primaria completa	1	2,6	8	9,2		
Secundaria incompleta	15	39,5	18	20,7		
Secundaria completa	16	42,1	38	43,7		
Superior	5	13,2	16	18,4		
<b>Ansiedad</b>	16	42,1	12	13,8	0,004	0,006
<b>Depresión</b>	27	71	61	70,1	0,5	0,55
<b>Mal dormidor</b>	31	81,6	61	70,1	0,09	0,01
<b>EVA mod – severo</b>	10	26,3	28	32,2	0,03	0,01

IS: Ideación suicida; pc= p crudo; pa= p ajustado

**Tabla 3. Presencia de Ideación suicida según variables numéricas**

	IS [+]	IS [-]	Pc	Pa
<b>Edad</b>				
Media	53,95	54,12	0,942	0,06
Desviación estándar	10,208	13,544		
<b>Años de Diagnóstico</b>				
Media	1,553	1,552	0,993	0,06
Desviación estándar	0,602	0,545		
<b>Puntuación de Pittsburgh</b>				
Media	6,42	5,954	0,282	0,06
Desviación estándar	2,075	2,281		
<b>Escala análoga visual</b>				
Media	4,1	4,7	0,03	0,06
Desviación estándar	1,7	1,3		

pc: p crudo; pa: p ajustado