



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Relación entre el Apoyo Social Percibido y
la Limitación Funcional en Fibromialgia**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Lucía Jiménez Neira
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Línea de investigación 3. Diagnóstico e intervención en adultos.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Trabajo Fin de Máster
Director/a:	Dra. Sheila Blanco Rico Dra. Laura Rodríguez Mondragón
Fecha:	Mayo 2025

Resumen

Este estudio analiza la relación entre el apoyo social percibido y la limitación funcional en personas con fibromialgia desde un enfoque cuantitativo. Se empleó un diseño observacional, transversal y correlacional con una muestra de 63 personas diagnosticadas. La recogida de datos se realizó mediante un formulario online que incluía los cuestionarios Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) y Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). A partir de estos instrumentos, se encontró una asociación inversa y significativa entre el apoyo social total percibido y la limitación funcional, aunque de magnitud modesta. Sin embargo, no se hallaron relaciones significativas entre las dimensiones específicas del apoyo social y los distintos dominios funcionales. En conjunto, estos hallazgos respaldan parcialmente la hipótesis planteada y refuerzan la importancia de valorar la percepción global de apoyo social como parte del abordaje clínico y psicosocial de la fibromialgia.

Palabras clave: apoyo social percibido, limitación funcional, fibromialgia, Medical Outcomes Study Social Support Survey, Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire

Abstract

This study examines the association between perceived social support and functional limitation in individuals with fibromyalgia from a quantitative perspective. An observational, cross-sectional, and correlational design was used with a sample of 63 participants. Data were collected through an online form that included the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) and the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). Based on these instruments, an inverse and statistically significant association was found between total perceived social support and functional limitation, although the strength of the association was low. However, no significant associations were found between specific types of social support and the different functional domains. Overall, these findings partially support the initial hypothesis and highlight the importance of considering the global perception of social support as part of the clinical and psychosocial management of fibromyalgia.

Keywords: perceived social support, functional limitation, fibromyalgia, Medical Outcomes Study Social Support Survey, Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire

Índice de contenidos

1. Marco teórico	8
1.1. Fibromialgia	8
1.2. Limitación funcional	12
1.3. Apoyo social.....	14
1.4. Apoyo social y limitación funcional	16
2. Justificación	18
3. Objetivos	19
3.1. Objetivo principal	19
3.2. Objetivos secundarios	19
4. Hipótesis.....	20
5. Marco metodológico	21
5.1. Diseño	21
5.2. Participantes.....	21
5.3. Instrumentos	21
5.3.1. Cuestionario sociodemográfico.....	21
5.3.2. Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS).....	22
5.3.3. Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised (FIQR).....	22
5.4. Procedimiento	23
5.5. Análisis de datos	23
6. Resultados	25
6.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas	25
6.2. Hipótesis 1. Relación entre el apoyo social total y la limitación funcional total.....	27
6.3. Hipótesis 2.1. Relación entre apoyo emocional e impacto global	28
6.4. Hipótesis 2.2. Relación entre apoyo instrumental y función	30

6.5. Hipótesis 2.3. Relación entre apoyo afectivo y síntomas.....	32
6.6. Hipótesis 3. El apoyo afectivo e instrumental son mejores predictores de la limitación funcional total que el apoyo afectivo y la interacción social positiva	34
6.7. Hipótesis 4. Relación entre la interacción de apoyo emocional e instrumental con la limitación funcional total	37
7. Discusión	45
7.1. Limitaciones.....	47
7.2. Prospectiva	48
Referencias bibliográficas.....	49
Anexo A. Consentimiento informado	55
Anexo B. Compromiso de confidencialidad.....	57
Anexo C. Informe de valoración favorable	58

Índice de figuras

Figura 1. Histograma de la edad con curva normal en la muestra	25
Figura 2. Distribución de los años desde el diagnóstico de fibromialgia con ajuste a la curva normal.....	26
Figura 3. Distribución del apoyo social total y de la limitación funcional total	27
Figura 4. Distribuciones de las variables apoyo emocional e impacto total ajustadas a la curva normal.....	29
Figura 5. Distribuciones de las variables apoyo instrumental y función ajustadas a la curva normal.....	31
Figura 6. Distribuciones de las variables apoyo afectivo y síntomas ajustadas a la curva normal.....	33
Figura 7. Distribución de la limitación funcional según niveles de apoyo emocional (AEc)	39
Figura 8. Distribución de la limitación funcional según niveles de apoyo instrumental (Alc) .	40
Figura 9. Dispersión de los datos entre los grupos	41

Índice de tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos años desde el diagnóstico.....	26
Tabla 2. Pruebas de normalidad hipótesis 1	27
Tabla 3. Correlaciones hipótesis 1 con ρ de Spearman.....	28
Tabla 4. Pruebas de normalidad hipótesis 2.1	29
Tabla 5. Correlaciones hipótesis 2.1.....	30
Tabla 6. Pruebas de normalidad hipótesis 2.2	31
Tabla 7. Correlaciones hipótesis 2.2.....	32
Tabla 8. Pruebas de normalidad hipótesis 2.3	32
Tabla 9. Correlaciones hipótesis 2.3 con ρ de Spearman.....	33
Tabla 10. Correlaciones hipótesis 3	35
Tabla 11. Resumen del modelo ^b hipótesis 3	36
Tabla 12. ANOVA ^a hipótesis 3.....	36
Tabla 13. Estadísticos de cambio hipótesis 3	37
Tabla 14. Valores máximos, mínimos y medios de las dimensiones del cuestionario MOS....	38
Tabla 15. Pruebas de normalidad Apoyo Emocional Cualitativo	39
Tabla 16. Pruebas de normalidad Apoyo Instrumental Cualitativo	40
Tabla 17. Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error ^a	41
Tabla 18. Estadísticos descriptivos ANOVA 2 × 2	42
Tabla 19. Pruebas de efectos inter-sujetos	43

1. Marco teórico

1.1. Fibromialgia

La fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico que se caracteriza por dolor musculoesquelético general, rigidez articular, fatiga, alteraciones en el sueño y deterioro cognitivo. Además, también se asocia con un alto nivel de malestar emocional y discapacidad funcional (interferencia con las actividades de la vida diaria), y actualmente se considera una de las principales causas de dolor crónico en el mundo (Nishishinya et al., 2017).

Los criterios diagnósticos de la FM han ido cambiando y evolucionando a lo largo de la historia. En 1990 la American College of Rheumatology (ACR) estableció los primeros criterios diagnósticos oficiales para la FM, que marcaron un hito en la estandarización del diagnóstico y facilitó la investigación sobre esta enfermedad. Estos se basaban en la presencia de dolor musculoesquelético generalizado de al menos tres meses de duración, y sensibilidad en 11 de los 18 puntos identificados en el cuerpo (Wolfe et al., 1990).

Décadas más tarde, la ACR (2010) propuso nuevos criterios diagnósticos para la fibromialgia con el objetivo de facilitar su aplicación en la práctica clínica sin necesidad de la evaluación de puntos sensibles. Los nuevos criterios se basaron en el Índice de Dolor Generalizado (Widespread Pain Index, WPI), que mide la cantidad de áreas dolorosas en el cuerpo, y la Escala de Severidad de Síntomas (Symptom Severity Scale, SSS), que evalúa síntomas adicionales como fatiga, sueño no reparador y problemas cognitivos. Se estableció que un paciente cumple los criterios diagnósticos si presenta ($WPI \geq 7$ y $SSS \geq 5$) o (WPI entre 3 y 6 y $SSS \geq 9$) (Wolfe et al., 2010).

En 2016 los criterios fueron revisados nuevamente con el objetivo de mejorar su precisión diagnóstica y reflejar la heterogeneidad de la enfermedad. Se introdujo el criterio de dolor generalizado, definido como dolor en al menos cuatro de cinco regiones del cuerpo, y se confirmó que el diagnóstico de fibromialgia es válido independientemente de la presencia de otras enfermedades (Wolfe et al., 2016). Hasta el momento, aunque existen propuestas recientes, los criterios de 2016 del ACR siguen siendo los más utilizados tanto en la práctica clínica como en la investigación.

La prevalencia y las características de la FM dependen de los criterios diagnósticos utilizados (Fors et al., 2024), lo que puede afectar las estimaciones sobre su impacto en la población. Según los estudios su prevalencia es del 2,10% a nivel mundial, 2,31% en Europa y 2,40% en España (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo, & Trillo-Mata, 2017). Además, tiene una mayor incidencia en mujeres, con una proporción aproximada de 10:1 en comparación con los hombres (Busse et al., 2013). Aunque puede diagnosticarse a cualquier edad, la prevalencia alcanza su pico máximo entre los 40 y 49 años, con un 4,9% en esta franja etaria (Rivera et al., 2006).

En este sentido, se podría decir que el paciente común en FM sería una mujer de entre 40 y 50 años que presenta dolor musculoesquelético generalizado, fatiga persistente, alteraciones del sueño y síntomas emocionales como ansiedad o depresión. También son pacientes que suelen pasar varios años entre consultas médicas antes de recibir un diagnóstico definitivo, todo ello debido a la ausencia de biomarcadores específicos y la variabilidad de los síntomas.

A pesar de los avances en la investigación, tanto la etiología de la FM como los mecanismos que la perpetúan siguen siendo desconocidos (Nishishinya et al., 2017). Según Schmidt-Wilcke y Diers (2017), las investigaciones actuales están intentando identificar factores de riesgo y mecanismos fisiopatológicos que contribuyan al desarrollo del dolor crónico.

Se han identificado varios factores de riesgo genéticos y conductuales, incluyendo ciertas predisposiciones genéticas, pero también se cree que el estrés en la vida diaria y los eventos traumáticos están asociados con el desarrollo del dolor crónico. Además, sugieren que la FM podría estar relacionada con una conectividad funcional y química alterada en las regiones del cerebro involucradas en el procesamiento del dolor.

Desde un enfoque neurobiológico se ha propuesto que la FM es un trastorno del sistema nervioso central (SNC) caracterizado por un procesamiento sensorial aumentado y una capacidad reducida para modular el dolor. La evidencia científica sugiere que en la FM existe una disfunción en los mecanismos de inhibición descendente del dolor, lo que se relaciona con una menor activación del córtex cingulado anterior rostral y del tronco encefálico, regiones cerebrales responsables de la modulación del dolor. Además, en pacientes con FM se han observado alteraciones en los receptores nociceptivos periféricos, como los receptores vanilloides, purino-receptores y los canales iónicos sensibles a ácidos, aunque los mecanismos exactos de estos cambios aún no se comprenden por completo (Sawaddiruk et al., 2017).

Además, los estudios de neuroimagen han mostrado cambios en la morfología y actividad cerebral en pacientes con FM, con alteraciones en la sustancia gris de múltiples regiones, incluyendo el giro temporal superior, el tálamo posterior, la amígdala, los ganglios basales, el cerebelo, la corteza cingulada y el córtex somatosensorial secundario (SII). Asimismo, los estudios de resonancia magnética funcional (fMRI) han aportado evidencias de una mayor activación cerebral en el cerebelo, la corteza prefrontal, la corteza cingulada anterior, el tálamo, la corteza somatosensorial y la ínsula, lo que sugiere una hipersensibilidad a estímulos tanto dolorosos como no dolorosos en pacientes con FM. Todo esto apoya la hipótesis de que la FM está asociada con una amplificación de la señal nociceptiva en el SNC, lo que explicaría la mayor sensibilidad al dolor observada en estos pacientes (Sawaddiruk et al., 2017).

Por otra parte, se ha propuesto que los factores ambientales y los estresores a lo largo de la vida pueden desempeñar un papel clave en el desarrollo de la FM. La evidencia científica sugiere que las experiencias adversas, especialmente en la infancia, podrían contribuir a la sensibilización del sistema nervioso central (SNC) y a la alteración de los mecanismos de regulación del estrés, favoreciendo la aparición y cronicidad de los síntomas de la enfermedad.

En esta línea, un metaanálisis realizado por Kaleycheva et al. (2021) encontró que la exposición a abuso físico, abuso sexual y abuso emocional está significativamente asociada con la presencia de fibromialgia. Además, otros tipos de estresores como el trauma médico y otros eventos adversos a lo largo de la vida también mostraron una relación significativa con la enfermedad.

Uno de los posibles mecanismos que explican esta relación es la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), un sistema clave en la respuesta al estrés. Se ha planteado que la exposición repetida a situaciones adversas genera una habituación de la respuesta al estrés, lo que altera la producción normal de cortisol, una hormona esencial para la regulación del dolor y la inflamación. Sin embargo, los estudios no son concluyentes respecto a si la FM se caracteriza por hipocortisolismo o hipercortisolismo, ya que se han encontrado patrones de desregulación similares en otros trastornos relacionados con el estrés (Kaleycheva et al., 2021).

En este sentido, Weissbecker et al. (2006) encontraron que los pacientes que habían experimentado abuso físico o sexual en la infancia tenían alteraciones en la secreción de

cortisol. Así, el abuso físico se asoció con un ritmo diurno de cortisol más aplanado, mientras que el abuso sexual predijo una mayor respuesta de cortisol al despertar.

Estos resultados refuerzan la hipótesis de que el estrés en la edad temprana puede actuar como un factor predisponente, aumentando la vulnerabilidad al desarrollo de FM a través de la sensibilización del sistema nervioso central y la desregulación del eje HHA.

Además del impacto fisiológico, la FM supone una notable pérdida de calidad de vida y un elevado coste económico. En España, se estima que afecta a más de un millón de personas y genera un gasto superior a 12.900 millones de euros anuales, siendo el 67,5% costes indirectos (bajas laborales, invalidez) y el 32,5% costes sanitarios directos (visitas médicas, terapias, etc.).

Estos últimos se asocian con la capacidad funcional, la depresión y la comorbilidad física de los pacientes (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo, & Trillo-Mata, 2017).

También se ha observado que los trastornos emocionales como depresión y ansiedad suelen estar presentes en las personas con FM. Un estudio encontró que los pacientes con fibromialgia presentan una mayor prevalencia de ansiedad (87,5%) y depresión (72,5%) en comparación con la población sin FM (23,6% y 5%, respectivamente) (Singh & Kaul, 2018).

Además, se ha establecido una relación bidireccional entre la fibromialgia y la depresión, donde la presencia de depresión incrementa el riesgo de desarrollar FM más adelante en el futuro, y a su vez la FM aumenta la probabilidad de padecer depresión (Yepez et al., 2022). Un metaanálisis realizado por Løge-Hagen et al. (2019), encontró que uno de cada cuatro pacientes con FM tiene un diagnóstico concomitante de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), y que más de la mitad han experimentado un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida.

En relación con la ansiedad, se ha observado que tiene una correlación positiva significativa con la gravedad de los síntomas de FM medida a través de la Symptom Severity Scale (SSS), lo que sugiere que a mayor ansiedad, mayor impacto sintomático de la FM (Singh & Kaul, 2018).

Dado el impacto multidimensional de la FM, su tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinar, priorizando intervenciones no farmacológicas como primera línea de tratamiento y considerando tratamiento farmacológico solo en caso de falta de respuesta por parte del paciente. Entre estas intervenciones, el ejercicio físico se posiciona como la única recomendación con grado “fuerte a favor” en las guías EULAR (Macfarlane et al., 2017), debido

a su eficacia para mejorar el dolor, la función física y el bienestar general, sin efectos adversos significativos. Tanto el ejercicio aeróbico como el de fortalecimiento muscular han mostrado beneficios similares, sin evidencia de superioridad de uno sobre otro, y se considera que el ejercicio acuático puede ser igualmente efectivo que el realizado en tierra. Se recomienda que el ejercicio se adapte a cada persona, iniciando de forma progresiva para favorecer la adherencia y evitar el sobreesfuerzo.

Además del ejercicio, otras intervenciones como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el mindfulness y la relajación han demostrado beneficios moderados y se recomiendan en función de las necesidades individuales del paciente (Macfarlane et al., 2017).

Un ensayo clínico reciente comparó dos modalidades de terapia cognitivo-conductual (TCC) para la fibromialgia: la TCC tradicional (T-CBT) y la TCC basada en exposición (Exp-CBT). Los resultados indicaron que ambas terapias mostraron mejoras en la severidad de la fibromialgia, y que estos efectos fueron mediados por la reducción de la evitación del dolor, la catastrofización y la hipervigilancia. Sin embargo, mientras que la Exp-CBT tuvo un impacto más marcado en la reducción de la hipervigilancia hacia las sensaciones dolorosas, la T-CBT se asoció con un aumento del pacing (equilibrio entre actividad y descanso) y una reducción en las conductas de sobreesfuerzo, lo que sugiere diferencias en los mecanismos de cambio entre ambas intervenciones (Hedman-Lagerlöf et al., 2024).

1.2. Limitación funcional

La limitación funcional (LF) se refiere a la disminución en la capacidad del paciente para realizar las tareas cotidianas que solía llevar a cabo debido a la alteración física o emocional que padece. En el caso de la fibromialgia, esta limitación se relaciona principalmente con el dolor musculoesquelético generalizado, la fatiga y la rigidez, que generan una intolerancia a la actividad habitual. Estas dificultades se manifiestan en tareas como caminar, subir escaleras, mantenerse de pie o cargar peso, e incluso actividades básicas como vestirse pueden requerir ayuda. Además, el dolor obliga a muchas personas afectadas a realizar modificaciones en la forma de ejecutar las actividades, como tomarse más tiempo, hacer pausas frecuentes o pedir apoyo externo (Arroyo Naranjo & Gonzalez Gonzalez, 2011).

Esta limitación también puede afectar a la autonomía y la calidad de vida de los pacientes. En algunos casos, puede ser lo suficientemente significativa como para implicar una situación de discapacidad, especialmente en el ámbito laboral, donde algunos pacientes llegan a obtener la invalidez permanente debido al impacto funcional de la enfermedad (Rivera et al., 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la discapacidad es "un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una 'condición de salud') y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)" (p. 206). Sin embargo, la LF no siempre implica discapacidad, ya que hay personas que logran adaptar sus actividades a sus capacidades.

En relación con el impacto en el ámbito laboral, un estudio cualitativo basado en grupos focales encontró que muchas pacientes con FM tienen serias dificultades para trabajar, lo que las lleva a depender de ayudas económicas para poder salir adelante. Las participantes del estudio señalaron que la presencia constante de dolor y fatiga les impide llevar a cabo su trabajo, especialmente en tareas que requieren esfuerzo físico o mantener una postura por largos períodos. Aunque algunas mencionaron que su empleo les ayudaba a sobrellevar los síntomas, la progresión de la enfermedad hizo que muchas se vieran obligadas a abandonar sus puestos de trabajo, lo que derivó en pérdida de independencia económica y una mayor percepción de discapacidad, aumentando la dependencia de sus familiares (Martín-Pérez et al., 2023).

González-Ramírez et al. (2011) encontraron que las personas con fibromialgia presentan un alto grado de discapacidad, con una puntuación media de 72,2 en el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), donde valores superiores a 70 indican pacientes gravemente afectados. De manera similar, un estudio realizado en Perú reportó que el 60,32% de los pacientes con FM presentaban discapacidad funcional (Reátegui et al., 2023).

Además de las limitaciones físicas, la regulación emocional juega un papel importante en la funcionalidad de los pacientes con FM. Las emociones consideradas básicas, como la tristeza, el miedo o la rabia son experimentadas de forma frecuente en población con dolor crónico (Tan et al., 2008) e influyen sobre la percepción de dolor y la disfunción general de estos pacientes (Gatchel, 2005).

En esta línea, se ha observado que la kinesifobia, definida como el miedo al movimiento por la creencia de que este puede empeorar los síntomas, se manifiesta a través de la incomodidad y evitación de ciertas conductas que los pacientes juzgan como lesivas (KoçyiĞit & Akaltun, 2020). Este miedo, junto con el catastrofismo, entendido como la tendencia a magnificar las consecuencias del dolor y anticipar resultados negativos, conduce a un grave deterioro de la funcionalidad en estos pacientes (Gálvez-Sánchez et al., 2019).

Para evaluar el impacto de la fibromialgia en la funcionalidad se han desarrollado diversos cuestionarios estandarizados. El Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) es una de las pruebas que más se usan para evaluar en FM (Kool et al., 2009), y mide el impacto de la FM en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y, en el caso de realizar una actividad laboral remunerada, el grado en el que la FM interfiere en su desempeño. También incluye ítems subjetivos estrechamente relacionados con el cuadro clínico de la FM, como dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez, así como aspectos emocionales como la ansiedad y la depresión (Domínguez Romero et al., 2020).

El FIQ-R, la versión revisada del cuestionario, mantiene la estructura factorial y la esencia de los constructos medidos en la versión original, pero introduce modificaciones en el formato de puntuación y la adición de cuatro nuevos ítems que no estaban presentes en la versión inicial. Estos nuevos ítems evalúan problemas de memoria, sensibilidad al tacto, problemas de equilibrio y sensibilidad a estímulos ambientales, aspectos que amplían la sensibilidad del cuestionario a la variabilidad sintomática del SFM (Bennett et al., 2009; Domínguez Romero et al., 2020).

1.3. Apoyo social

El apoyo social (AS) se define como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Estas transacciones pueden ser de cuatro tipos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas, dependiendo del tipo de respaldo que proporcionan (Khan & Antonucci, 1980, citado en Politi & Villalobos, 2017).

Una distinción clave en la investigación sobre el AS es la diferencia entre apoyo social percibido y apoyo social recibido. Mientras que el apoyo percibido hace referencia a la evaluación subjetiva que una persona tiene sobre la disponibilidad de respaldo en su entorno

social, el apoyo recibido implica la ayuda concreta brindada en un momento determinado. Se ha encontrado que el apoyo percibido tiene un mayor impacto en la salud mental y la adaptación a la enfermedad que el apoyo recibido, lo que sugiere que la forma en que los pacientes interpretan su red de apoyo es crucial en su bienestar (Eagle et al., 2018; Helgeson, 1993).

En el ámbito de la salud, el apoyo social percibido se refiere a la sensación subjetiva de contar con una red de apoyo disponible cuando se necesita. No se trata solo de cuántas personas rodean a un individuo, sino de cómo esa persona interpreta y valora el respaldo que recibe. Según la teoría de la amortiguación del estrés, el apoyo social puede ayudar a reducir el impacto de situaciones difíciles cuando las personas sienten que tienen recursos interpersonales a los que recurrir, lo que mejora su bienestar general (Cohen & Wills, 1985; Kiyokawa & Hennessy, 2017). Además, se ha demostrado que el AS tiene un efecto directo sobre la salud emocional, reduciendo síntomas de ansiedad y depresión, independientemente del número de eventos estresantes (Meza Santa-María, 2023; Wilcox, 1981).

Cuando se trata de enfermedades crónicas como la fibromialgia, el AS se vuelve aún más relevante. Se ha observado que el respaldo del entorno, ya sea familiar, social o a través de asociaciones de pacientes, favorece la aceptación del dolor, la adaptación a los síntomas y el uso de estrategias de afrontamiento más eficaces. Además, estas redes de apoyo también ofrecen un espacio compartido donde los pacientes pueden sentirse comprendidos y acceder a recursos útiles (Cuetos-Pérez & Amigo-Vázquez, 2017).

No todas las formas de apoyo social son igual de beneficiosas. Más que la cantidad de personas disponibles, lo que realmente importa es la calidad del apoyo percibido. Se ha encontrado que quienes cuentan con un respaldo emocional sólido experimentan menos angustia psicológica en comparación con aquellos que, aunque tienen una red social amplia, no sienten que reciben el apoyo que necesitan en los momentos clave (Eagle et al., 2018; Wilcox, 1981).

El apoyo social también tiene su parte negativa, ya que no siempre es percibido como algo útil, especialmente cuando el entorno minimiza los síntomas de los pacientes o muestra escepticismo ante la enfermedad. En muchas ocasiones los pacientes con FM pueden sentirse invisibilizados o incluso cuestionados por familiares, amigos o profesionales de la salud. Esta falta de validación, aparte de hacerles sentir incomprendidos, puede afectar a su estado de ánimo generando frustración y desánimo. Con el tiempo, esto puede hacer que eviten hablar

de su enfermedad o que incluso duden de su propia experiencia, lo que termina agravando su malestar emocional (Kool et al., 2009; Martín-Pérez et al., 2023).

Para su evaluación, uno de los instrumentos más utilizados es el MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey), que analiza diferentes dimensiones del apoyo social, como su disponibilidad y funcionalidad en ámbitos emocionales, informacionales, tangibles y de interacción social positiva. Su adaptación española ha demostrado ser válida y útil en contextos de Atención Primaria, facilitando la detección de situaciones de riesgo social (Sherbourne & Stewart, 1991; Ahumada et al., 2005). Dado que el AS percibido influye en el bienestar psicológico y la experiencia subjetiva del paciente, su valoración resulta clave para comprender la adaptación a la enfermedad en personas con fibromialgia.

1.4. Apoyo social y limitación funcional

La relación entre el apoyo social y la limitación funcional es importante en la evolución de la fibromialgia. Contar con un entorno de apoyo permite a los pacientes mantenerse más activos, reducir la evitación del dolor y preservar su autonomía. Sentirse respaldados por su entorno no solo facilita la aceptación de la enfermedad, sino que también ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas. En cambio, la falta de apoyo social y familiar puede aumentar la percepción de discapacidad y reducir la capacidad funcional de los pacientes. Esto puede dificultar la realización de las actividades diarias y aumentar la dependencia del entorno, especialmente cuando los síntomas impiden mantener una rutina laboral estable (Cuetos-Pérez & Amigo-Vázquez, 2018; Martín-Pérez et al., 2023).

Ahora bien, no solo importa la presencia de apoyo social, sino cómo se brinda y cómo lo percibe la persona que lo recibe. En este sentido, Zee y Bolger (2019) distinguen entre apoyo visible y apoyo invisible.

El apoyo visible se describe como la ayuda que se ofrece explícitamente, siendo la persona consciente de ello, y puede manifestarse en forma de consejos directos, palabras de aliento o asistencia concreta en una tarea. Aunque sea un apoyo que se dé de forma positiva, en algunos casos la persona que lo recibe se siente más dependiente o menos capaz de manejar su situación por sí misma.

Por el contrario, el apoyo invisible es aquel que se ofrece sin que la persona lo note de forma explícita. Puede manifestarse en pequeños gestos o ajustes en el entorno que faciliten el día a día sin resaltar la necesidad de ayuda. En situaciones de estrés este tipo de apoyo puede ser especialmente beneficioso, ya que evita que la persona se sienta dependiente y en cambio, refuerza su confianza para afrontar la situación por sí misma (Zee & Bolger, 2019).

La manera en que los pacientes perciben el apoyo social influye directamente en su nivel de independencia y adaptación a la enfermedad. Si bien es cierto que un apoyo excesivamente visible puede hacer que se sientan sobreprotegidos y menos capaces de gestionar su condición, un apoyo más discreto y natural puede fortalecer su autoconfianza y promover su participación en la vida diaria sin tener una sensación de dependencia (Zee & Bolger, 2019).

En definitiva, no solo es importante que exista apoyo social, sino también cómo se brinda. Si no se ofrece de la manera adecuada, en lugar de ayudar puede generar dependencia y dificultar la autonomía de la persona. Diferenciar entre apoyo visible e invisible permite ajustar la forma en que se acompaña a quienes lo necesitan, buscando estrategias que realmente les ayuden a gestionar mejor su enfermedad. Por ello, es fundamental crear redes de apoyo que se adapten a las necesidades de cada paciente, promoviendo su bienestar y facilitando su integración en la vida diaria.

2. Justificación

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga, alteraciones cognitivas y un alto impacto emocional que afecta aproximadamente al 2,4% de la población en España (Cabo-Meseguer et al., 2017). Además, los pacientes suelen ver limitada su funcionalidad, dificultando ello su autonomía y calidad de vida.

Dado el impacto multidimensional de la enfermedad, los factores psicosociales juegan un papel clave en su manejo. En este sentido, el apoyo social percibido ha sido identificado como un elemento fundamental en la adaptación a la enfermedad, ya que influye en la aceptación del dolor y en la manera en que los pacientes gestionan su funcionalidad (Cuetos-Pérez & Amigo-Vázquez, 2017). Sin embargo, aún no se ha determinado qué tipo de apoyo (emocional, instrumental o informacional) tiene un mayor impacto en la reducción de la limitación funcional ni hasta qué punto su percepción contribuye a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Con este estudio se busca analizar la relación entre el apoyo social percibido y la limitación funcional en personas con fibromialgia, contribuyendo al conocimiento actual sobre el papel de los factores psicosociales en esta enfermedad. Sus hallazgos podrían servir de base para el diseño de intervenciones dirigidas a fortalecer las redes de apoyo, fomentar estrategias de afrontamiento más efectivas y sensibilizar a familiares y profesionales sanitarios sobre la importancia del apoyo social en la mejora de la funcionalidad y el bienestar de los pacientes con fibromialgia.

3. Objetivos

3.1. Objetivo principal

Analizar la relación entre el apoyo social percibido y la limitación funcional en pacientes con fibromialgia, identificando qué dimensiones del apoyo tienen mayor impacto y si existe un efecto de interacción entre ellas.

3.2. Objetivos secundarios

- Determinar la relación entre el apoyo social total percibido y la limitación funcional en pacientes con fibromialgia.
- Comparar cómo los diferentes tipos de apoyo social percibido (emocional, instrumental, afectivo, interacción social positiva) se asocian con los diferentes dominios de la limitación funcional (función, impacto general y síntomas).
- Identificar qué tipo de apoyo social predice en mayor medida una menor limitación funcional en pacientes con fibromialgia.
- Examinar la posible interacción entre los distintos tipos de apoyo social y su efecto conjunto sobre la limitación funcional.

4. Hipótesis

1. Existirá una relación inversa y significativa entre el apoyo social total percibido y la limitación funcional en pacientes con fibromialgia. A mayor apoyo social total percibido, menor será la limitación funcional medida con el FIQR.
2. Los distintos tipos de apoyo social percibido (emocional, instrumental, afectivo e interacción social positiva) se asociarían de manera diferencial con los dominios de la limitación funcional (función, impacto general y síntomas).
 - 2.1. El apoyo instrumental se asociaría principalmente con el dominio de función.
 - 2.2. El apoyo emocional se relacionaría especialmente con el impacto general.
 - 2.3. El apoyo afectivo se asociaría en mayor medida con el dominio de síntomas.
3. El apoyo instrumental y el apoyo emocional serán mejores predictores de la limitación funcional que el apoyo afectivo y la interacción social positiva, siendo esta relación inversa.
4. Existirá una relación inversa significativa entre el apoyo instrumental y la limitación funcional que se ve afectada por el apoyo emocional, de forma que el apoyo emocional amplificaría el efecto del apoyo instrumental sobre la limitación funcional.

5. Marco metodológico

5.1. Diseño

El estudio sigue un diseño observacional, no experimental, de tipo transversal y correlacional-predictivo. Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando participantes a través de asociaciones de pacientes con fibromialgia y redes sociales.

5.2. Participantes

La muestra está compuesta por 63 adultos diagnosticados con fibromialgia residentes en España.

Respecto a los criterios de inclusión para participar en la muestra, fueron:

- Personas mayores de 18 años.
- Diagnóstico confirmado de fibromialgia por un profesional de la salud.
- Residentes en España, para asegurar homogeneidad cultural.
- Acceso a internet para completar los cuestionarios online.

Por otro lado, los criterios de exclusión considerados para este estudio fueron:

- Incapacidad para dar consentimiento informado de manera independiente.
- Analfabetismo digital que impida completar cuestionarios en línea de forma autónoma.

5.3. Instrumentos

Para la evaluación de las variables de estudio, se emplearon instrumentos estandarizados y validados en población con fibromialgia. Los cuestionarios se administraron en formato online a través de un formulario diseñado en Google Forms, garantizando la confidencialidad de los datos.

5.3.1. Cuestionario sociodemográfico

Recoge información sobre variables como la edad y el sexo, permitiendo una descripción general de la muestra.

5.3.2. Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)

Para evaluar el apoyo social percibido se utilizó el cuestionario Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991). Este instrumento mide cuatro dimensiones del apoyo social: emocional, instrumental, afectivo e interacción social positiva. La versión española fue validada por Revilla et al. (2005), y consta de 19 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos.

Los autores del cuestionario original encontraron una buena consistencia interna en todas las subescalas, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,96 para apoyo emocional, 0,92 para apoyo instrumental, 0,94 para interacción social positiva y 0,91 para apoyo afectivo. Además, el índice global de apoyo social mostró un alfa de 0,97, lo que respalda la alta fiabilidad interna del instrumento (Sherbourne & Stewart, 1991).

Aunque en la validación española del MOS-SSS (Revilla et al., 2005) se obtuvieron tres factores mediante análisis factorial exploratorio, en el presente estudio se ha optado por mantener la estructura original de cuatro dimensiones propuesta por Sherbourne y Stewart (1991), por tratarse de la estructura teórica más extendida y utilizada internacionalmente. Esta decisión permite una mejor comparabilidad con estudios previos y una mayor especificidad en el análisis de los distintos tipos de apoyo social percibido.

5.3.3. Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised (FIQR)

La limitación funcional se evaluó mediante el Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised (FIQR), una versión actualizada del FIQ original desarrollada por Bennett et al. (2009). Este cuestionario está compuesto por 21 ítems distribuidos en tres dominios: función, impacto global y síntomas. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 10, donde puntuaciones más altas indican un mayor grado de afectación.

En su versión original, el FIQR mostró una excelente consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95 y correlaciones ítem-total entre 0,56 y 0,93 (Bennett et al., 2009). La versión española fue validada por Salgueiro et al. (2013), quienes encontraron una alta fiabilidad interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 en la primera administración y de 0,95 en la segunda, resultados comparables a los obtenidos en la validación original.

5.4. Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación se elaboró un formulario online mediante la plataforma Google Forms, que incluía una hoja informativa con los objetivos del estudio, el consentimiento informado y los instrumentos de evaluación: un cuestionario sociodemográfico, el MOS-SSS y el FIQR.

La difusión del formulario online se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se contactó con asociaciones de pacientes con fibromialgia y se compartió el enlace a través de la aplicación WhatsApp, solicitando la colaboración voluntaria de personas diagnosticadas con fibromialgia.

Antes de iniciar el cuestionario, los participantes debían leer y aceptar el consentimiento informado, en el que se garantizaba el anonimato, la confidencialidad de los datos y su uso exclusivo con fines académicos. Solo tras aceptar dicho consentimiento podían continuar con la cumplimentación del resto del formulario.

La recogida de datos se mantuvo abierta durante una semana. Una vez finalizado este periodo, se revisaron las respuestas para asegurar que cumplían los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Solo se incluyeron en el análisis los cuestionarios completados en su totalidad y que cumplían los criterios para el estudio.

5.5. Análisis de datos

Los datos recogidos fueron analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 24). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, obteniendo frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar.

Posteriormente, se evaluaron los supuestos de normalidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, con el fin de determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas en función de la distribución de las variables.

Para el análisis de las hipótesis, se emplearon correlaciones bivariadas (Pearson o Spearman, según correspondiera) entre el apoyo social percibido (MOS-SSS) y la limitación funcional (FIQR), tanto en su conjunto como en sus diferentes dimensiones.

Asimismo, se realizó una regresión lineal múltiple para identificar cuáles de las dimensiones del apoyo social eran predictores significativos de la limitación funcional. Por último, se aplicó un ANOVA factorial 2×2 para analizar el posible efecto de interacción entre el apoyo emocional e instrumental sobre la limitación funcional total, utilizando variables recodificadas en niveles alto y bajo. Para ello, se comprobaron los supuestos de normalidad, homocedasticidad e independencia de los grupos.

6. Resultados

6.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

La muestra está compuesta por 63 participantes pertenecientes a asociaciones de personas con fibromialgia. La mayoría son mujeres (96,8%), un solo participante masculino y otro que no especificó su género.

Las edades oscilan entre los 27 y 75 años, con una media de 49,83 años y con una desviación típica de 9,9. La distribución de la edad cumple con el supuesto de normalidad (Kolmogorov-Smirnov = 0,06; $p = 0,2$).

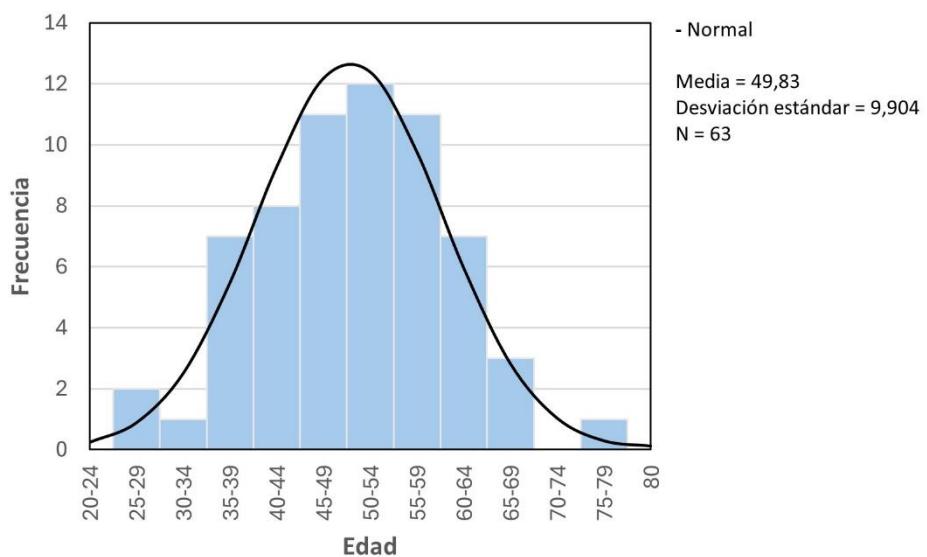


Figura 1. Histograma de la edad con curva normal en la muestra. (Elaboración propia)

En cuanto a los años desde el diagnóstico, la mayoría de los participantes presenta una evolución de la enfermedad de 5 años, con una media de 3,48 ($DT = 1,31$). La distribución de esta variable no sigue una distribución normal.

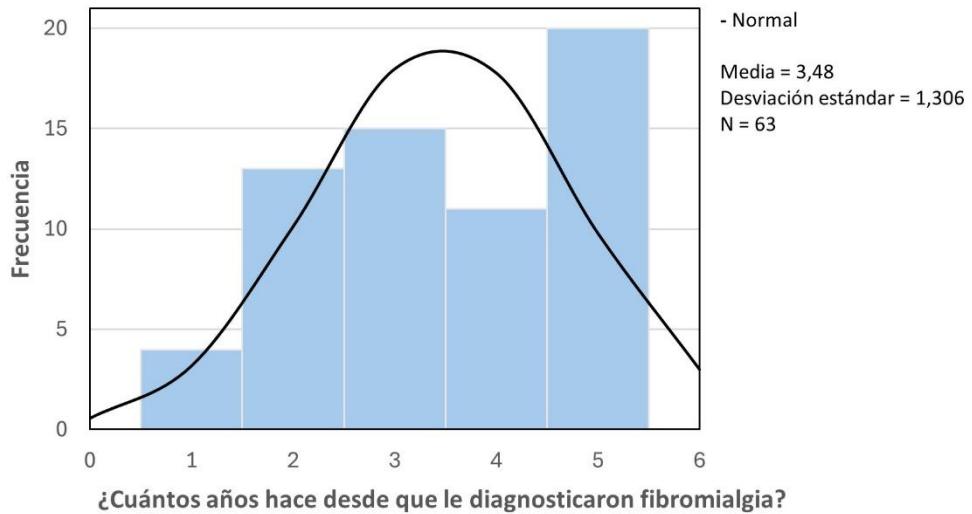


Figura 2. Distribución de los años desde el diagnóstico de fibromialgia con ajuste a la curva normal. (Elaboración propia)

Tabla 1. Estadísticos descriptivos años desde el diagnóstico

Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	4	6,3	6,3	6,3
2	13	20,6	20,6	27
3	15	23,8	23,8	50,8
4	11	17,5	17,5	68,3
5	20	31,7	31,7	100
Total	63	100	100	

Fuente: Elaboración propia

6.2. Hipótesis 1. Relación entre el apoyo social total y la limitación funcional total

En primer lugar, se analizó la normalidad de ambas distribuciones con el fin de seleccionar la prueba de correlación más adecuada. Dado que la variable apoyo social total no presenta una distribución normal, se optó por utilizar la correlación de Spearman.

Tabla 2. Pruebas de normalidad hipótesis 1

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	p	Estadístico	gl	p
Apoyo social total	0,16	63	0,001	0,95	63	0,01
Limitación funcional	0,08	63	0,2*	0,94	63	0,004

Fuente: Elaboración propia

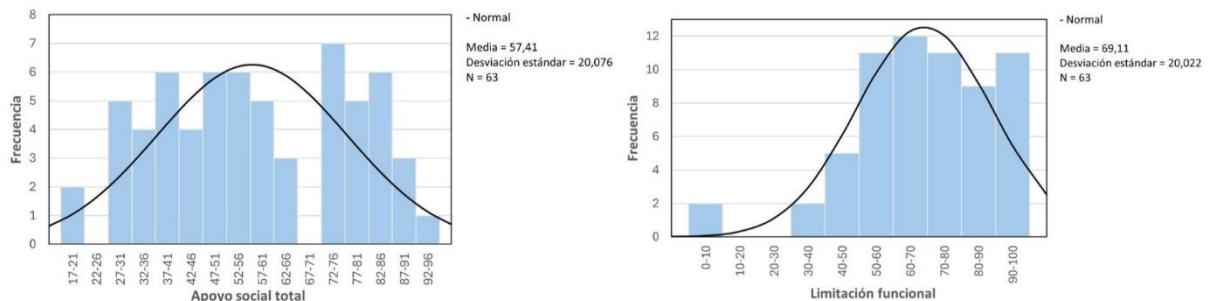


Figura 3. Distribución del apoyo social total y de la limitación funcional total.
(Elaboración propia)

La prueba indicó que la relación entre apoyo social total y limitación funcional total es significativa y se da de manera inversa ($\rho = -0,26$). Aunque significativa, la magnitud del coeficiente es baja, lo que indica que la fuerza de la relación también lo es. El coeficiente de

determinación ($R^2 = 0,07$) muestra que el apoyo social explica únicamente el 7% de la limitación funcional.

Tabla 3. Correlaciones hipótesis 1 con ρ de Spearman

		Apoyo social total	Limitación funcional total
Apoyo social	Coeficiente de correlación	1,00	-0,26
	p (bilateral)		0,042
Limitación funcional	N	63	63
	Coeficiente de correlación	-0,26	1
total	p (bilateral)	0,042	
	N	63	63

Fuente: Elaboración propia

Se confirma la primera hipótesis, ya que existe una relación significativa entre ambas variables, aunque debe considerarse la limitada fuerza de dicha relación al interpretar los resultados.

6.3. Hipótesis 2.1. Relación entre apoyo emocional e impacto global

Ambas variables cumplen el supuesto de normalidad. Además, los niveles de significación obtenidos son superiores al umbral establecido ($\alpha = 0,05$), por lo que se asume que las diferencias observadas pueden atribuirse al azar.

Tabla 4. Pruebas de normalidad hipótesis 2.1

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	p	Estadístico	gl	p
Apoyo emocional	0,11	63	0,062	0,95	63	0,02
Impacto global	0,11	63	0,08	0,95	63	0,008

Fuente: Elaboración propia

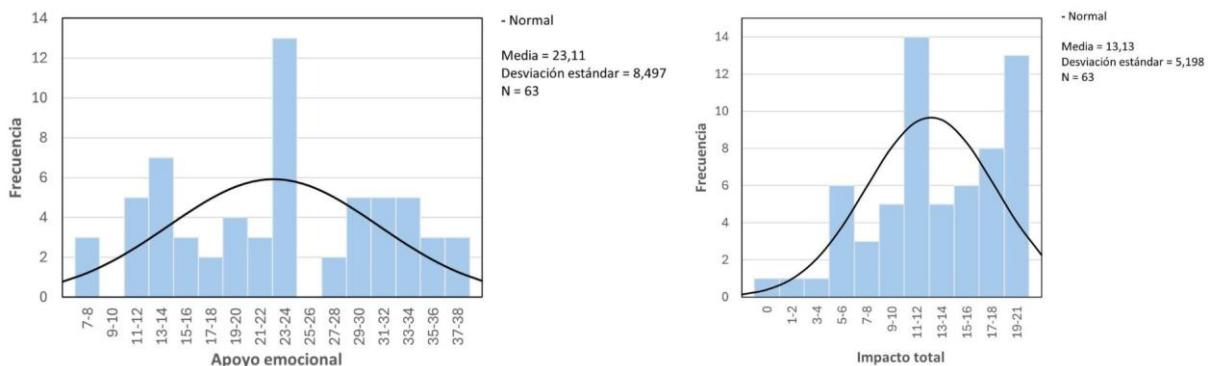


Figura 4. Distribuciones de las variables apoyo emocional e impacto total ajustadas a la curva normal. (Elaboración propia)

No obstante, la correlación entre estas dos variables no alcanza el nivel de significación necesario para confirmar la hipótesis, ya que $r = -0,05 > \alpha = 0,05$.

Tabla 5. Correlaciones hipótesis 2.1

		Apoyo emocional	Impacto global
Correlación de Pearson		1	-0,24
Apoyo emocional	<i>p</i> (bilateral)		0,054
	N	63	63
Impacto global	Correlación de Pearson	-0,24	1
Impacto global	<i>p</i> (bilateral)	0,054	
	N	63	63

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, no se puede confirmar que exista una relación entre el apoyo emocional y el impacto global.

6.4. Hipótesis 2.2. Relación entre apoyo instrumental y función

En el caso de la relación entre estas otras dos variables, se cumple el supuesto de normalidad, lo que permite el uso de la prueba paramétrica de Pearson.

Tabla 6. Pruebas de normalidad hipótesis 2.2

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	p	Estadístico	gl	p
Apoyo instrumental	0,1	63	0,178	0,96	63	0,024
Función	0,09	63	0,2*	0,96	63	0,031

Fuente: Elaboración propia

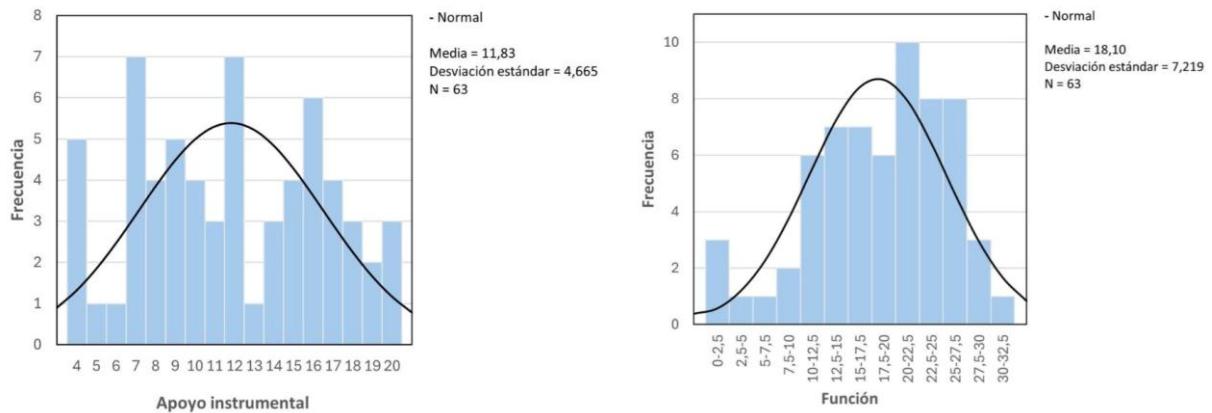


Figura 5. Distribuciones de las variables apoyo instrumental y función ajustadas a la curva normal. (Elaboración propia)

La correlación entre apoyo instrumental y función no resulta significativa, según los resultados de la prueba de Pearson ($r = -0,31$; $p > \alpha = 0,05$), por lo que no se observa una relación entre ambas variables.

Tabla 7. Correlaciones hipótesis 2.2

		Apoyo instrumental	Función
	Correlación de Pearson	1	-0,13
Apoyo instrumental	<i>p</i> (bilateral)		0,312
	N	63	63
	Correlación de Pearson	-0,13	1
Función	<i>p</i> (bilateral)	0,312	
	N	63	63

Fuente: Elaboración propia

No se puede concluir que exista una relación entre las variables apoyo instrumental y función.

6.5. Hipótesis 2.3. Relación entre apoyo afectivo y síntomas

Dado que ninguna de las dos variables cumple con el supuesto de normalidad, se utilizó la prueba de correlación no paramétrica de Spearman.

Tabla 8. Pruebas de normalidad hipótesis 2.3

Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	<i>p</i>	Estadístico	gl	<i>p</i>
Apoyo afectivo	0,15	63	0,001	0,92	63	0,001
Síntomas	0,11	63	0,043	0,9	63	< 0,001

Fuente: Elaboración propia

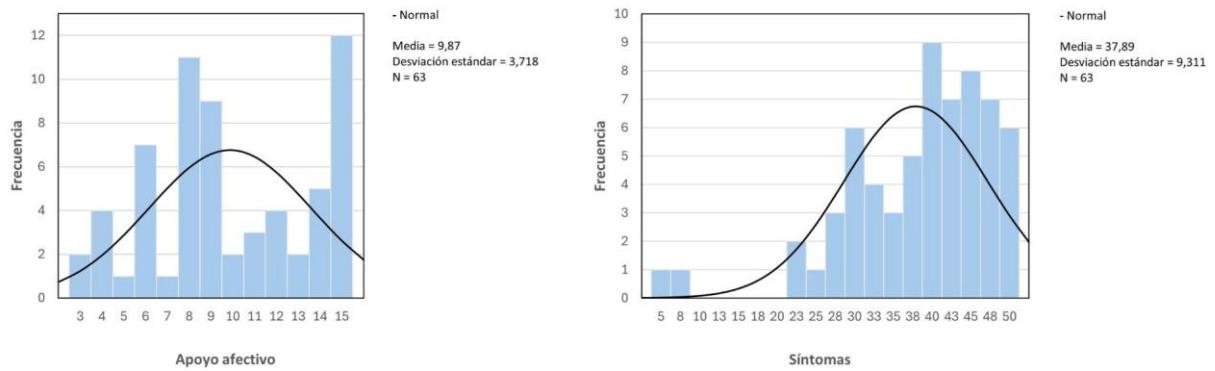


Figura 6. Distribuciones de las variables apoyo afectivo y síntomas ajustadas a la curva normal. (Elaboración propia)

No se encuentra relación alguna entre las variables apoyo afectivo y síntomas, ya que la relación entre ambas no resulta ser significativa ($r = -0,32 > \alpha = 0,05$).

Tabla 9. Correlaciones hipótesis 2.3 con ρ de Spearman

		Apoyo afectivo	Síntomas
	Coeficiente de correlación	1	-0,13
Apoyo afectivo	p (bilateral)		0,320
	N	63	63
	Coeficiente de correlación	-0,13	1
Síntomas	p (bilateral)	0,320	
	N	63	63

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, se concluye que las posibles relaciones entre las variables apoyo afectivo y síntomas deben ser atribuidas al azar, no existiendo evidencia de una asociación significativa entre ambas.

6.6. Hipótesis 3. El apoyo afectivo e instrumental son mejores predictores de la limitación funcional total que el apoyo afectivo y la interacción social positiva

Esta hipótesis se abordó mediante un análisis de regresión lineal múltiple con el objetivo de determinar si el apoyo afectivo e instrumental presentan una capacidad predictiva superior sobre la Limitación funcional en comparación con el apoyo afectivo y la interacción social positiva. Para justificar su inclusión en el modelo, se consideró la significación estadística de cada predictor.

Sin embargo, la matriz de correlaciones muestra que sólo el apoyo emocional es significativo ($r = -0,24; p = 0,027 < \alpha = 0,05$). Los demás predictores tienen índice de correlación cuyo nivel de significación se encuentra por debajo del error tipo I ($\alpha = 0,05$), por lo que no deberían ser considerados en una recta de regresión múltiple.

Tabla 10. Correlaciones hipótesis 3

	Limitación funcional	Apoyo instrumental	Apoyo emocional	Apoyo afectivo	Interacción social positiva
Limitación funcional	1	-0,13	-0,24	-0,08	-0,12
Apoyo instrumental	-0,13	1	0,777	0,83	0,77
Correlación de Pearson	Apoyo emocional	-0,24	0,78	1	0,88
	Apoyo afectivo	-0,08	0,83	0,88	1
Interacción social positiva	-0,12	0,77	0,92	0,92	1
Limitación funcional	-	0,152	0,027	0,275	0,170
<i>p</i> (unilateral)	Apoyo instrumental	0,152	-	< 0,001	< 0,001
	Apoyo emocional	0,027	< 0,001	-	< 0,001
	Apoyo afectivo	0,275	< 0,001	< 0,001	-
Interacción social positiva	0,17	< 0,001	< 0,001	< 0,001	-

Fuente: Elaboración propia

No obstante, al incluir las cuatro dimensiones del apoyo social como predictores en el modelo de regresión lineal múltiple se alcanza un valor de $R = 0,41$, lo que supone tener un valor explicativo del 16,4% la variable limitación funcional ($R^2 = 0,16$).

Tabla 11. Resumen del modelo^b hipótesis 3

Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² ajustado	Error estándar de la estimación
1	0,41 ^a	0,16	0,11	18,92

a. Predictores: (Constante), Interacción social positiva, Apoyo instrumental, Apoyo emocional, Apoyo afectivo.

b. Variable dependiente: Limitación funcional.

Fuente: Elaboración propia

El ANOVA asociado al modelo de regresión indica que el modelo es significativo en conjunto ($F_{(4, 58)} = 2,85; p = 0,031 < \alpha = 0,05$). Este dato confirma la existencia de una relación conjunta de las cuatro subescalas del MOSS sobre la variable dependiente. Sin embargo, no deben incluirse las variables que no resulten ser significativas.

Tabla 12. ANOVA^a hipótesis 3

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	4087,77	4	1021,94	2,85	0,031 ^b
Residuo	20766,84	58	358,05		
Total	24854,6	62			

a. Variable dependiente: Limitación funcional.

b. Predictores: (Constante), Interacción social positiva, Apoyo instrumental, Apoyo emocional, Apoyo afectivo.

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro de correlaciones se observa que el nivel de significación de la correlación entre la única variable significativa, apoyo emocional (AE) y la variable dependiente limitación

funcional es de $p = 0,03$. Al introducir los demás predictores en el modelo éste empeora, manteniendo un nivel de significación de $p = 0,03$.

Además, en un modelo de regresión simple donde se considera solo esta variable (AE), según el análisis de varianza indica que no alcanza el nivel de significación como predictor ($F_{(1, 61)} = 3,86; p = 0,054 > \alpha = 0,05$).

Tabla 13. Estadísticos de cambio hipótesis 3

R	R^2	R^2 ajust.	Cambio en R^2	Cambio en F	gl_1	gl_2	p cambio en F	Durbin- Watson
0,24 ^a	0,06	0,04	0,06	3,86	1	61	0,054	2,35

Fuente: Elaboración propia

Por tanto, no se puede confirmar la hipótesis, ya que finalmente el modelo se reduce a una regresión lineal simple con un único predictor.

6.7. Hipótesis 4. Relación entre la interacción de apoyo emocional e instrumental con la limitación funcional total

Se requiere conformar grupos, ya que no es posible analizar un efecto de interacción cuando ambas variables independientes son escalares (cuantitativas). Por ello, se establecieron puntos de corte que permiten distinguir, tanto en la dimensión de apoyo emocional como en la de apoyo instrumental, qué puntuaciones se sitúan por encima y por debajo de dichos valores.

Tabla 14. Valores máximos, mínimos y medios de las dimensiones del cuestionario MOS

Valores	Máximo	Mínimo	Medio
Emocional	40	8	24
Instrumental	20	4	12
Interacción social positivo	20	4	12
Afectivo	15	3	9
Índice Global	94	19	57

Fuente: Revilla Ahumada y Bailón Muñoz (2014).

Se estableció un punto de corte de 24 para la dimensión de apoyo emocional y de 12 para la de apoyo instrumental, a partir del cual se generaron dos nuevas variables cualitativas (alto/bajo) para cada dimensión. El 36,5% de los participantes se sitúa por encima del punto de corte en la dimensión de apoyo emocional, y el 41,3% en la de apoyo instrumental. El 63,5% y el 58,7%, respectivamente, se encuentran por debajo de dichos umbrales.

Dado que la prueba de ANOVA es relativamente robusta frente al incumplimiento del supuesto de normalidad, la ausencia de normalidad en la distribución de las variables no afecta de forma sustancial a la fiabilidad de los resultados. Por tanto, es posible extraer conclusiones válidas a nivel interno. No obstante, esta condición sí limita la validez externa del análisis, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela y no generalizarse a otras poblaciones sin la debida prudencia.

El supuesto de independencia entre grupos también se considera cumplido, ya que cada participante pertenece exclusivamente a uno de los grupos formados. Por tanto, no es necesario comprobar si las puntuaciones de limitación funcional de un grupo guardan relación con las del otro, ya que no existe solapamiento entre los casos.

Para evaluar la normalidad en los grupos formados, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. La muestra total de 63 participantes se dividió en dos subgrupos de 40 y 23 sujetos para la variable apoyo emocional, y de 37 y 26 para apoyo instrumental. Mientras que la distribución del grupo con puntuaciones altas en apoyo emocional categorizado (AEC) cumple con el supuesto de normalidad, no ocurre lo mismo en el grupo con puntuaciones bajas.

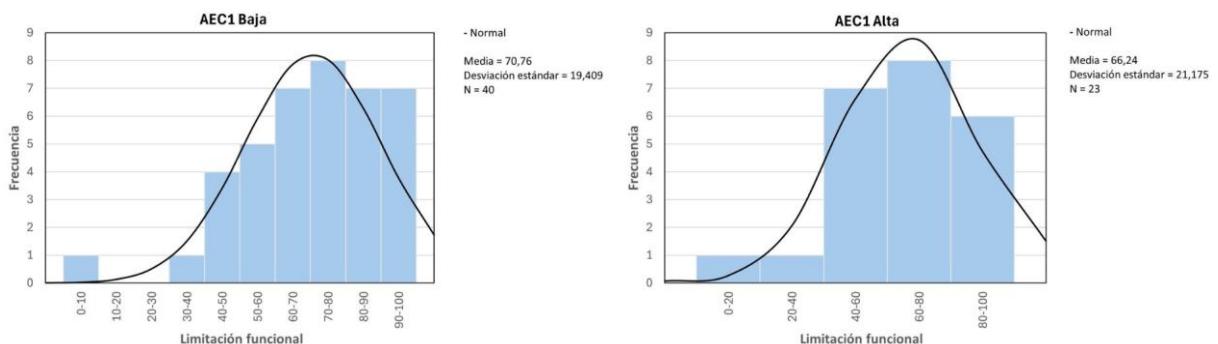
Tabla 15. Pruebas de normalidad Apoyo Emocional Cualitativo

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	p	Estadístico	gl	p
Limitación funcional	Baja	0,1	40	0,2*	0,94	40	0,031
	Alta	0,13	23	0,2*	0,95	23	0,259

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: Elaboración propia



*Figura 7. Distribución de la limitación funcional según niveles de apoyo emocional (AEC).
(Elaboración propia)*

Para la variable apoyo instrumental categorizado (A1c), la distribución también es normal en el grupo con puntuaciones altas, mientras que el grupo con puntuaciones bajas no cumple con el supuesto de normalidad.

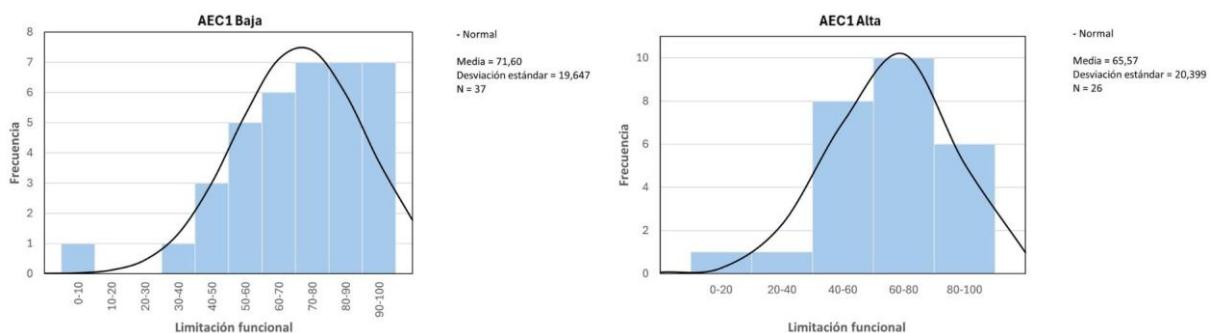
Tabla 16. Pruebas de normalidad Apoyo Instrumental Cualitativo

		Kolmogorov-Smirnov ^a				Shapiro-Wilk			
Apoyo Instrumental Cualitativo		Estadístico	gl	p	Estadístico	gl	p		
Limitación funcional	Baja	0,11	37	0,2*	0,93	37	0,017		
	Alta	0,11	26	0,2*	0,96	26	0,307		

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: Elaboración propia



*Figura 8. Distribución de la limitación funcional según niveles de apoyo instrumental (A1c).
(Elaboración propia)*

Se entiende que los resultados obtenidos mediante esta prueba de ANOVA presentan sus limitaciones en cuanto a la generalización de las conclusiones, aunque no comprometen la validez interna del análisis.

Por otro lado, una diferencia en la dispersión de los datos entre los distintos grupos indicaría que la variabilidad entre los sujetos dentro de cada grupo no es homogénea. Esto podría reflejar que los grupos difieren entre sí por factores no identificados, lo que comprometería su comparabilidad. En consecuencia, las diferencias observadas podrían no atribuirse con certeza a la variable independiente, sino a otras variables no controladas presentes en los participantes.

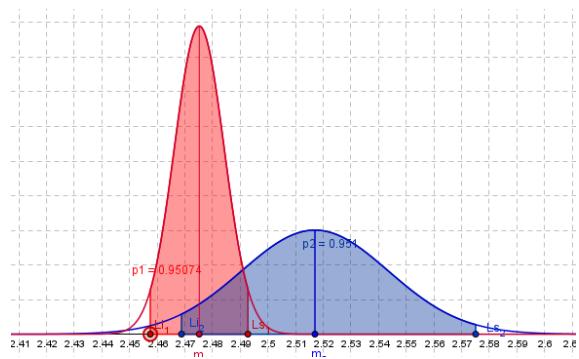


Figura 9. Dispersión de los datos entre los grupos. (Elaboración propia)

La prueba de Levene para la homogeneidad de varianzas indicó que no existen diferencias significativas entre las varianzas de los distintos grupos ($F = 0,98$; $p = 0,41 > \alpha = 0,05$). Por tanto, se cumple el supuesto de homocedasticidad.

Tabla 17. Prueba de igualdad de Levene de varianzas de error^a

F	gl_1	gl_2	p
0,98	3	59	0,409

Prueba la hipótesis nula que la varianza de error de la variable dependiente es igual entre grupos.

a. Diseño: Intersección + AEC1 + AIC1 + AEC1 * AIC1

Fuente: Elaboración propia

Para explorar el posible efecto combinado del apoyo emocional y el apoyo instrumental sobre la limitación funcional, se llevó a cabo un análisis de varianza factorial 2×2 , considerando como variable dependiente la limitación funcional. Las medias utilizadas en el análisis corresponden a los cuatro grupos formados a partir del cruce entre los niveles alto y bajo de ambas variables independientes. Los resultados descriptivos se recogen en la Tabla 18.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos ANOVA 2×2

Apoyo Emocional Cualitativo		Media	Desviación típica	n
Baja	Baja	72,15	19,98	35
	Alta	61,03	12,02	5
	Total	70,76	19,41	40
Alta	Baja	61,92	11,19	2
	Alta	66,65	22,02	21
	Total	66,24	21,17	23
Total	Baja	71,6	19,65	37
	Alta	65,57	20,4	26
	Total	69,11	20,02	63

Fuente: Elaboración propia

A simple vista se observa que, aunque las medias presentan cierta cercanía, destaca una elevada dispersión de los datos. Esta variabilidad es especialmente marcada en los grupos extremos, es decir, aquellos con puntuaciones bajas tanto en apoyo emocional como en apoyo instrumental, y aquellos con puntuaciones altas en ambas dimensiones. En estos casos, las diferencias entre participantes dentro del mismo grupo son más amplias, lo que sugiere la posible influencia de variables extrañas no contempladas en el presente estudio. Esta

observación se matiza en los resultados de la prueba de efectos inter sujetos, que se recogen en la Tabla 19.

Tabla 19. Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Suma de cuadrados Tipo III	gl	Media cuadrática	F	p	η^2 parcial	Parámetro de no centralidad	Potencia observada ^b
Modelo corregido	880,57 ^a	3	293,52	0,72	0,54	0,04	2,17	0,2
Intersección	88269,87	1	88269,87	217,23	> 0,001	0,79	217,23	1,00
AEC1	27,5	1	27,5	0,07	0,8	0,001	0,07	0,06
AIC1	52,48	1	52,48	0,13	0,72	0,002	0,13	0,06
AEC1 * AIC1	323,83	1	323,83	0,8	0,38	0,01	0,8	0,14
Error	23974,03	59	406,34					
Total	325764,38	63						
Total corregido	24854,60	62						

a. $R^2 = 0,04$ (R^2 ajustada = -0,01)

b. Se ha calculado utilizando $\alpha = 0,05$

Fuente: Elaboración propia

Los resultados no permiten confirmar la hipótesis planteada. No se encontraron efectos significativos ni en la interacción entre apoyo emocional y apoyo instrumental, ni en los efectos principales de cada una de las variables independientes:

$$F_{AEC(1, 59)} = 0,07; p = 0,8 > \alpha = 0,05$$

$$F_{AIC(1, 59)} = 0,13; p = 0,72 > \alpha = 0,05$$

$$F_{AEC \times AIC(1, 59)} = 0,8; p = 0,38 > \alpha = 0,05$$

No se puede confirmar la hipótesis que planteaba que la relación entre apoyo instrumental y limitación funcional varía en función del nivel de apoyo emocional. Del mismo modo, tampoco se evidencia que la relación entre apoyo emocional y limitación funcional dependa del nivel de apoyo instrumental. En este caso concreto, no se observa una relación significativa entre las variables apoyo emocional y apoyo instrumental.

7. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre el apoyo social percibido y la limitación funcional en personas con fibromialgia. Para ello, se formularon distintas hipótesis que permitieran explorar esta relación desde una perspectiva global, pero también atendiendo a las dimensiones específicas de ambas variables: los distintos tipos de apoyo social (emocional, instrumental, afectivo e interacción social positiva) y los dominios concretos de la limitación funcional (función, impacto global y síntomas). El interés no solo se centró en comprobar si un mayor apoyo social se relaciona con una mejor funcionalidad, sino también en identificar qué tipos de apoyo podrían estar más vinculados a cada aspecto del funcionamiento diario.

Tal y como se señaló en el marco teórico, el apoyo social ha sido identificado como un elemento clave en la adaptación a enfermedades crónicas. En el caso de la fibromialgia, se ha observado que contar con respaldo social favorece la aceptación del dolor y el uso de estrategias de afrontamiento más eficaces (Cuetos-Pérez & Amigo-Vázquez, 2017). En esta línea, los resultados del presente trabajo mostraron una relación inversa y significativa entre el apoyo social total percibido y la limitación funcional total, lo que permite confirmar parcialmente la hipótesis general planteada. Es decir, cuanto mayor era la percepción de apoyo, menor era la limitación funcional referida por los participantes. No obstante, la fuerza de esta relación fue baja, lo que indica que, si bien el apoyo social tiene un cierto efecto protector, no es suficiente por sí solo para explicar el grado de funcionalidad en esta población.

Estos resultados no permitieron confirmar las hipótesis específicas. Aunque el MOS-SSS contempla distintas dimensiones del apoyo social (emocional, instrumental, afectivo e interacción social positiva), no se observaron relaciones significativas entre cada tipo de apoyo y los distintos dominios de la limitación funcional. Una posible explicación para la falta de significación podría estar en la alta colinealidad entre las subescalas del cuestionario, ya que en este estudio se observaron correlaciones superiores a $r = 0,90$ entre ellas. Este solapamiento estadístico puede dificultar la identificación del peso específico de cada dimensión en los modelos de análisis.

En cuanto al análisis de regresión, los resultados mostraron que el modelo que incluía las cuatro dimensiones del apoyo social explicaba un 16,4 % de la variabilidad en la limitación funcional. Sin embargo, solo el apoyo emocional mostró una ligera tendencia hacia la significación como predictor individual. Aunque este resultado no permite confirmar que esta dimensión tenga un peso claramente superior al del resto, sí parece estar en línea con lo descrito en trabajos previos como el de Eagle et al. (2018), que señalan que un respaldo emocional sólido se asocia con una menor angustia psicológica, lo que podría contribuir indirectamente a una mejor adaptación a la enfermedad.

Respecto a la hipótesis de interacción entre el apoyo emocional y el apoyo instrumental, el análisis factorial 2×2 no mostró efectos significativos. Esto sugiere que no se produce un efecto multiplicador entre tipos de apoyo, al menos en lo que respecta a su influencia sobre la limitación funcional.

Estos resultados deben interpretarse en el contexto de la complejidad que caracteriza a la fibromialgia, donde intervienen de forma conjunta factores físicos, emocionales y sociales. Tal y como recogen las guías de manejo más actuales, su abordaje debe ser individualizado y multidisciplinar, priorizando intervenciones no farmacológicas adaptadas a las características de cada paciente (Macfarlane et al., 2017). Además, no solo importa la presencia de apoyo social, sino también cómo se brinda. En este sentido, la distinción entre apoyo visible e invisible resulta especialmente relevante: un apoyo demasiado evidente puede generar sentimientos de dependencia o hacer que la persona se sienta menos capaz, mientras que el apoyo más sutil o discreto puede reforzar su autonomía y facilitar una adaptación más positiva a la enfermedad (Zee & Bolger, 2019).

En conjunto, los resultados permiten confirmar parcialmente la hipótesis general y descartar las específicas. A continuación, se detallan las conclusiones principales:

- Existe una relación significativa, aunque débil, entre el apoyo social total percibido y la limitación funcional en personas con fibromialgia, de modo que un mayor apoyo se asocia a menor afectación funcional.
- No se han encontrado relaciones significativas entre los tipos específicos de apoyo (emocional, instrumental, afectivo, interacción social positiva) y los distintos dominios funcionales (función, impacto global, síntomas).

- El apoyo emocional mostró una ligera tendencia a ser un predictor relevante de la limitación funcional, aunque sin alcanzar significación estadística clara en el modelo de regresión simple.
- No se observó un efecto de interacción entre el apoyo emocional e instrumental, lo que sugiere que su efecto no se potencia mutuamente en relación con la limitación funcional.

Estos hallazgos refuerzan la importancia del apoyo social percibido como un recurso relevante, aunque no determinante, en la experiencia funcional de las personas con fibromialgia. Intervenciones dirigidas a fortalecer esa percepción global de apoyo podrían contribuir a una mejor adaptación funcional en esta población.

7.1. Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que conviene tener en cuenta al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño utilizado fue transversal, lo que significa que no permite establecer relaciones de causa y efecto entre las variables analizadas. Aunque se han encontrado asociaciones entre el apoyo social percibido y la limitación funcional, no se puede afirmar con certeza si un mayor apoyo contribuye a reducir la limitación funcional, si ocurre lo contrario, o si ambas variables están influenciadas por otros factores no recogidos en este estudio.

En segundo lugar, la muestra se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia, recurriendo principalmente a asociaciones de pacientes. Este procedimiento puede limitar la representatividad de la muestra y generar ciertos sesgos, ya que es posible que quienes participasen estuvieran especialmente motivados o tuvieran un mayor conocimiento sobre su enfermedad, lo que podría haber influido en sus respuestas.

Además, el tamaño muestral relativamente reducido ($N = 63$) afectaría a la potencia estadística, especialmente en los análisis por subgrupos o en el modelo factorial. Esto puede haber impedido detectar efectos significativos en algunas hipótesis específicas.

Otro aspecto a considerar es la colinealidad muy elevada entre las subescalas del cuestionario MOS-SSS, lo que dificultó el análisis del valor predictivo individual de cada tipo de apoyo. Este

solapamiento estadístico podría enmascarar relaciones reales y limitar la interpretación de los resultados.

Por último, se utilizó una única herramienta para evaluar el apoyo social (MOS-SSS), lo que restringe la exploración de aspectos cualitativos como la percepción de validación, el tipo de relaciones o el contexto del apoyo recibido.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos ofrecen una base valiosa para seguir profundizando en la relación entre apoyo social y limitación funcional en fibromialgia.

7.2. Prospectiva

Considerando estas limitaciones, futuras investigaciones podrían avanzar en distintas direcciones que ayuden a ampliar y consolidar los hallazgos obtenidos. Una de las prioridades sería llevar a cabo estudios con diseños longitudinales, que permitan observar cómo evoluciona la relación entre el apoyo social percibido y la limitación funcional con el paso del tiempo. Este tipo de enfoque facilitaría, además, explorar si el apoyo social actúa como un factor protector frente al deterioro funcional.

También sería conveniente incorporar metodologías cualitativas o mixtas, que no se limiten a medir cuánto apoyo percibe la persona, sino que indaguen en cómo lo interpreta, qué tipo de ayuda considera más valiosa y en qué momentos la necesita. Esto permitiría analizar con mayor profundidad la distinción entre apoyo visible e invisible (Zee & Bolger, 2019), un aspecto que puede tener implicaciones clínicas importantes.

Otra línea de futuro podría centrarse en el desarrollo de intervenciones psicológicas o psicoeducativas dirigidas a mejorar la percepción de apoyo social en personas con fibromialgia, tanto en el entorno familiar como en el sanitario. Evaluar el efecto de este tipo de programas sobre la limitación funcional ayudaría a valorar el papel real del apoyo social como objetivo terapéutico.

Por último, sería conveniente trabajar con muestras más amplias y diversas, que incluyan varones y participantes de distintos contextos culturales y geográficos, comprobando así si los resultados se mantienen en otros perfiles, lo que permitiría mejorar la capacidad de generalización del estudio.

Referencias bibliográficas

Ahumada, L., Revilla, J. D., La Luna, J. D., Muñoz-Bailón, M., & Moruno-Medina, L. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 1. <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v6n1.pdf>

Arroyo Naranjo, A., & Gonzalez Gonzalez, J. (2011). ¿Qué AVD son las más afectadas en pacientes con fibromialgia? Visión de la enfermedad y abordaje integral apoyado en terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 8(14), 40. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original8.pdf>

Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., et al. (2009). Erratum to: The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties. *Arthritis Research & Therapy*, 11, 415. <https://doi.org/10.1186/ar2830>

Busse, J. W., Ebrahim, S., Connell, G., Coomes, E. A., Bruno, P., Malik, K., Torrance, D., Ngo, T., Kirmayr, K., Avrahami, D., Riva, J. J., Struijs, P., Brunarski, D., Burnie, S. J., LeBlanc, F., Steenstra, I. A., Mahood, Q., Thorlund, K., Montori, V. M., ... Guyatt, G. H. (2013). Systematic review and network meta-analysis of interventions for fibromyalgia: A protocol. *Systematic Reviews*, 2, 18. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-18>

Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. *Medicina Clínica*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Cuetos-Pérez, J. M., & Amigo-Vázquez, I. (2017). Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 151-161. <https://www.ijpsy.com/volumen18/num2/487.html>

Domínguez Romero, A., Medina Castillo, A., & Navas Echazarreta, N. (2020). Validación del cuestionario Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) adaptado al español. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/validacion-del-cuestionario-fibromyalgia-impact-questionnaire-fiq-adaptado-al-espanol/>

Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2018). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2055–2073. <https://doi.org/10.1177/0265407518776134>

Fors, E. A., Wensaas, K.-A., & Helvik, A.-S. (2024). Prevalence and characteristics of fibromyalgia according to three fibromyalgia diagnostic criteria: A secondary analysis study. *Scandinavian Journal of Pain*, 24(1), 20230143. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0143>

Gálvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & Reyes Del Paso, G. A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 117-127. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S178240>

Gatchel, R. J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10856-000>

González-Ramírez, M. T., García-Campayo, J., & Landero-Hernández, R. (2011). El papel de la teoría transaccional del estrés en el desarrollo de la fibromialgia: Un modelo de ecuaciones estructurales. *Actas EspaÑolas de Psiquiatría*, 39(2), 81-87. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/471>

Hedman-Lagerlöf, M., Buhrman, M., Hedman-Lagerlöf, E., Ljótsson, B., & Axelsson, E. (2024). Shared and distinct effect mediators in exposure-based and traditional cognitive behavior therapy for fibromyalgia: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 178, 104546. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104546>

Helgeson, V. S. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(10), 825-845. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01008.x>

Kaleycheva, N., Cullen, A. E., Evans, R., Harris, T., Nicholson, T., & Chalder, T. (2021). The role of lifetime stressors in adult fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Psychological Medicine*, 51(2), 177-193. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004547>

Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 253–286). Academic Press.

Kiyokawa, Y., & Hennessy, M. B. (2017). Comparative studies of social buffering: A consideration of approaches, terminology, and pitfalls. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 86, 131-141. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.12.005>

KoçyiĞit, B. F., & Akaltun, M. S. (2020). Kinesiophobia levels in fibromyalgia syndrome and the relationship between pain, disease activity, depression. *Archives of Rheumatology*, 35(2), 214-219. <https://doi.org/10.46497/ArchRheumatol.2020.7432>

Kool, M. B., van Middendorp, H., Boeije, H. R., & Geenen, R. (2009). Understanding the lack of understanding: Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 61(12), 1650-1656. <https://doi.org/10.1002/art.24922>

Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., Stenager, E., & Mellentin, A. I. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1098-1105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.001>

Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), 318-328. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>

Martín-Pérez, I. M., Requeijo Lorenzo, C., Roqué Fíguls, M., Salas Gama, K., & Urrútia Cuchí, G. (2023). Conocimientos, actitudes y creencias hacia la enfermedad en mujeres con fibromialgia: Un estudio cualitativo basado en grupo focal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 30(2), 79-94. <https://doi.org/10.20986/resed.2023.4022/2022>

Meza Santa-María, K. E. (2023). Apoyo social percibido e indicadores de ansiedad y depresión en estudiantes de la universidad pública de Guatemala. *Revista de Investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas*, (6), 17–27. <https://doi.org/10.57247/riec.vi6.116>

Nishishinya Aquino, B., Requeijo Lorenzo, C., Roqué Fíguls, M., Salas Gama, K., & Urrútia Cuchí, G. (2017). *Evaluación y abordaje de la fibromialgia. Actualización de las evidencias científicas*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. https://aqua.gencat.cat/web/.content/minisite/aqua/publicacions/2017/Fibromialgia_actualizacion_RedETS2017.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.

Politi, M. L., & Villalobos, A. G. (2017). Calidad de vida en salud, calidad de sueño y apoyo social percibido en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 19–36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8633527>

Reátegui, W. A., Ríos, S. L., Cachay, J. C., Huamanchumo, R. G., Loza, C. M., Olivera-García, A., Nestares-Luna, K. L., & Arévalo-Flores, J. M. (2023). Discapacidad funcional en pacientes con fibromialgia en un hospital en Lima, Perú. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 61(3), 319-329. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272023000300319>

Revilla Ahumada, L. de la, & Bailón Muñoz, E. (2014). El cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), un instrumento para evaluar el apoyo social. *Comunidad*, 16(1). <https://comunidad.semfyc.es/article/el-cuestionario-medical-outcomes-study-mos-un-instrumento-para-evaluar-el-apoyo-social>

Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A., & Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2(Supl. 1), S55-S66. [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73084-4](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73084-4)

Salgueiro, M., García-Leiva, J. M., Ballesteros, J., Estévez, E., Bote, R., Basallote, M., & Rivera, J. (2013). Validation of a Spanish version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 132. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-132>

Sawaddiruk, P., Paiboonworachat, S., Chattipakorn, N., & Chattipakorn, S. C. (2017). Alterations of brain activity in fibromyalgia patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 38, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2016.12.014>

Schmidt-Wilcke, T., & Diers, M. (2017). New insights into the pathophysiology and treatment of fibromyalgia. *Biomedicines*, 5(2), 1-11. <https://doi.org/10.3390/biomedicines5020022>

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)

Singh, G., & Kaul, S. (2018). Anxiety and depression are common in fibromyalgia patients and correlate with symptom severity score. *Indian Journal of Rheumatology*, 13(3), 168-172. https://doi.org/10.4103/injr.injr_52_18

Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J., & Sloan, P. A. (2008). Negative emotions, pain, and functioning. *Psychological Services*, 5(1), 26-35. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.1.26>

Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312-324. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.08.009>

Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 371-386. <https://doi.org/10.1007/bf00918169>

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S. M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Franklin, C. M., Gatter, R. A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., ... Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160-172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610. <https://doi.org/10.1002/acr.20140>

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>

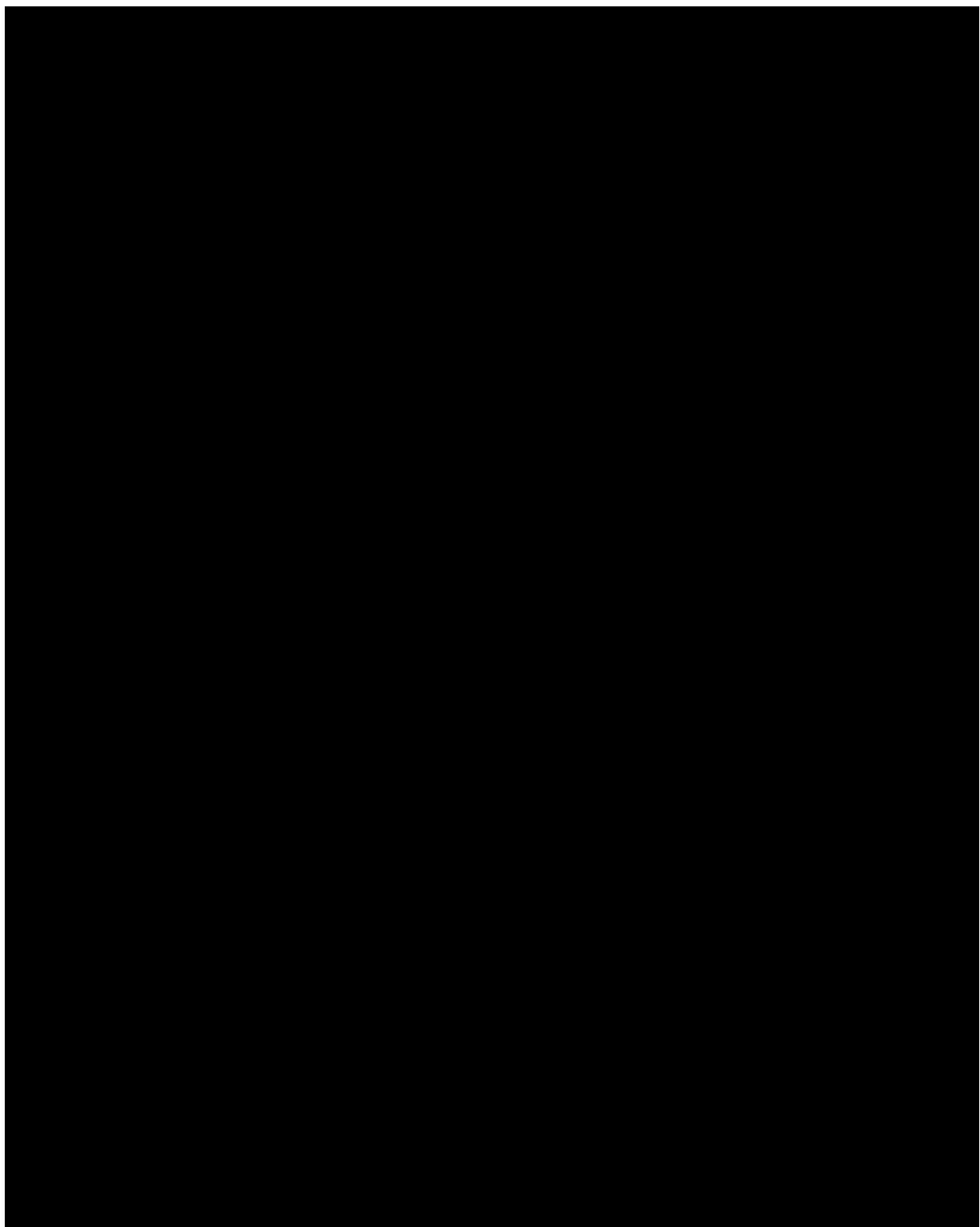
Yepez, D., Grandes, X. A., Talanki Manjunatha, R., Habib, S., & Sangaraju, S. L. (2022). Fibromyalgia and depression: A literature review of their shared aspects. *Cureus*, 14(5), e24909. <https://doi.org/10.7759/cureus.24909>

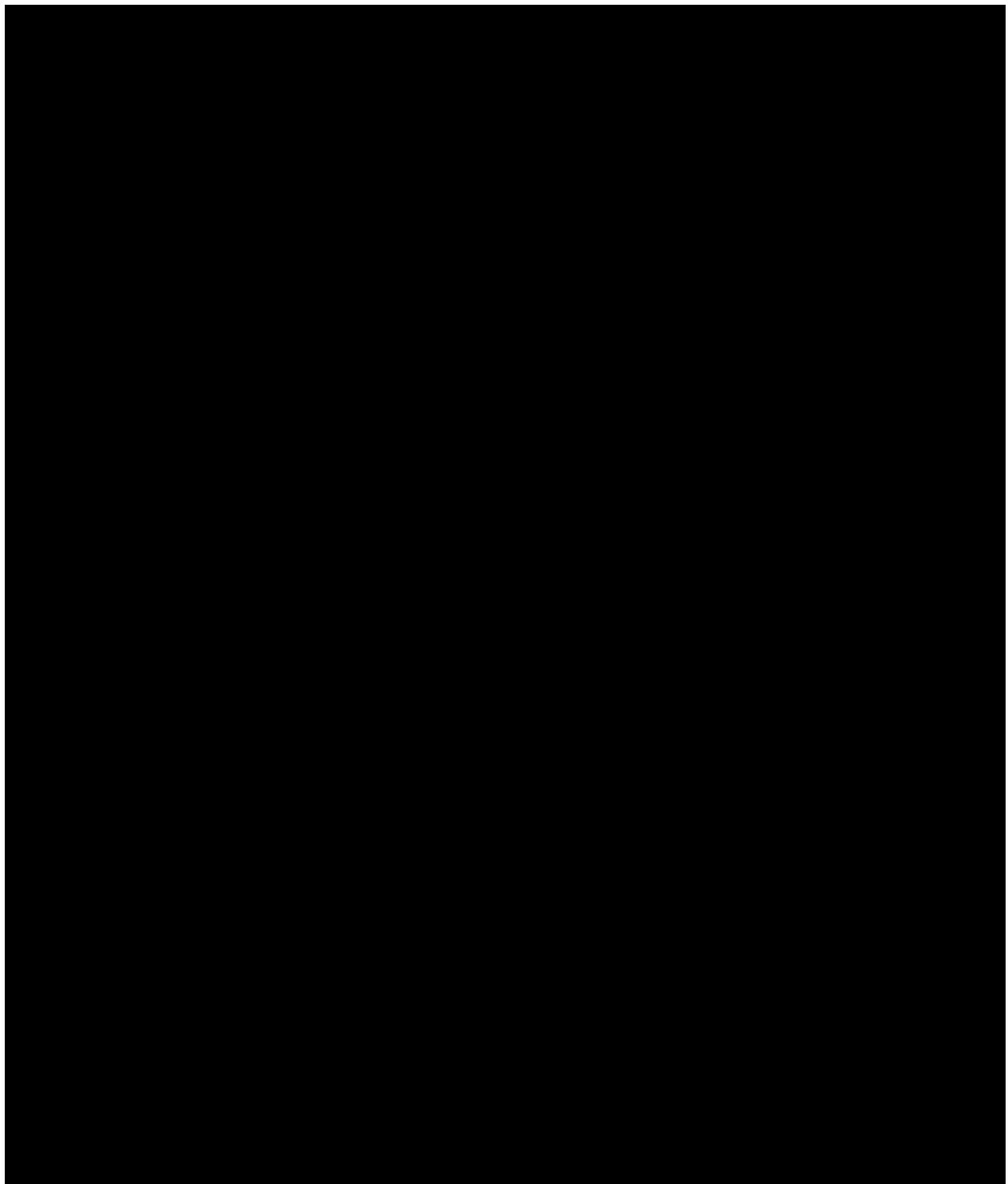
Zee, K. S., & Bolger, N. (2019). Visible and invisible social support: How, why, and when.

Current Directions in Psychological Science, 28(3), 314-320.

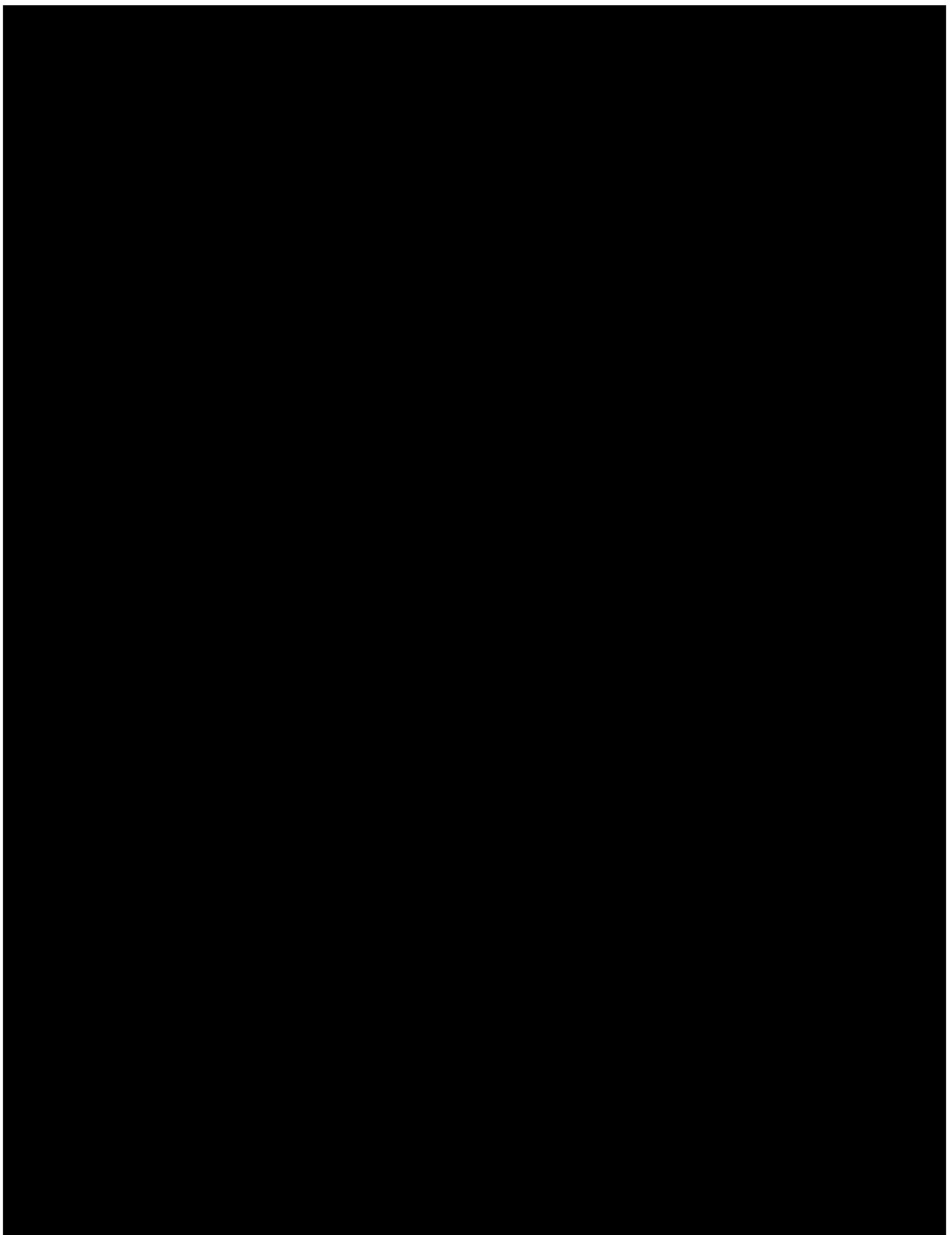
<https://doi.org/10.1177/0963721419835214>

Anexo A. Consentimiento informado





Anexo B. Compromiso de confidencialidad



Anexo C. Informe de valoración favorable

