



I+G 2022

VIII Congreso Universitario Internacional Investigación y Género 2022

23 y 24 de junio de 2022
Universidad de Sevilla

INVESTIGACIÓN Y GÉNERO Proyectos y Resultados en Estudios de las Mujeres

María Elena García-Mora y Ana María De la Torre-Sierra (Eds.)



SIEMUS
Seminario Interdisciplinar
de Estudios de las Mujeres

Universidad de Sevilla
2022

VIII Congreso de Investigación y Género. Reflexiones sobre investigación para avanzar en igualdad.

Universidad de Sevilla, 2022.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaran, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización.

I.S.B.N: 978-84-09-41805-3

EXPERIENCIAS VITALES TEMPRANAS PREDICEN LA FATIGA EN MUJERES Y HOMBRES DE MANERA DIFERENTE

Ceballos Munuera, Celia¹ y Rodríguez, Testal, Juan Francisco²

INTRODUCCIÓN

La fatiga puede describirse como un síntoma omnipresente difícil de definir y evaluar. La percepción de la fatiga se manifiesta en distintos cuadros clínicos como el síndrome de fatiga crónica (SFC) o la fibromialgia y juega un papel importante en los trastornos del estado de ánimo y en estados previos del proceso psicótico (Orsat et al., 2013; White, 2010). Cuando una persona anticipa fatiga, la sintomatología emocional aumenta, de manera que el riesgo de experimentar fatiga aumenta exponencialmente. Por ello, la expectativa o anticipación de la fatiga (física y cognitiva) puede ser un proceso relevante aún no analizado específicamente en la investigación. Se ha demostrado que los factores cognitivos son muy relevantes para reducir la fatiga, mientras que los síntomas emocionales podrían tener un papel mediador (Knoop et al., 2010). Una particularidad de la fatiga es que puede presentarse como un síntoma de una enfermedad física, como una manifestación de un problema psicológico subyacente, o ambos. Se puede representar como un fenómeno único o variable discreta, pero de acuerdo con Chalder et al. (1993), probablemente sea más apropiado verla como una dimensión continua, que se experimenta como un sentimiento interno subjetivo.

Aunque actualmente apenas se refiera, el uso de este concepto se aprecia también en los síntomas de las grandes psicosis, como la esquizofrenia, de hecho, la fatiga se identificaba entre los síntomas negativos de este trastorno (Häfner et al., 1992). Más recientemente, se aprecia la importancia de la fatiga por su relación con el deterioro, los síntomas negativos en general y algunos síntomas positivos (Almulla et al., 2020). Los síntomas negativos implican una ausencia o disminución del funcionamiento normal y la conducta. Entre los ellos se incluyen la anhedonia, el aplanamiento afectivo, el empobrecimiento del pensamiento y la cognición, la abulia, la apatía y la falta de energía. Este último va ligado a la fatiga, constituyendo otra variable de interés en el estudio de la vulnerabilidad a la psicosis. Asimismo, se ha constatado la relación entre la fatiga en población clínica en general y la presencia de estados emocionales negativos como la depresión (Fuentes- Márquez et al., 2015).

Conocer su prevalencia es complicado pues depende de los criterios utilizados para el diagnóstico, de su interpretación y de la población objeto del estudio. Pese a ello, la fatiga crónica en sí es un síntoma habitual en la población general y se estima que el 10-22% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria presentan fatiga durante más de un mes a lo largo de su vida (Alijotas et al., 2002; Lindeberg et al., 2012). La fibromialgia (FB) y el síndrome de fatiga crónica (SFC) son condiciones complejas y heterogéneas, cuyo síntoma característico, entre otros, es la fatiga persistente e incapacitante. Respecto a su prevalencia, la FB es diagnosticada en el 4% de la población mundial, y solo un 0,3% en el SFC (Natelson, 2019). Las afectadas son principalmente

¹ Universidad de Sevilla, celiacm9730@gmail.com

² Universidad de Sevilla, testal@us.es

a mujeres de entre 20 y 55 años en FB y de entre 20 y 40 años en SFC, y tienden a la cronicidad, provocando un alto grado de discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Sánchez et al., 2021). La etiología exacta de los síndromes es desconocida y se apuesta por un origen multicausal en el que participan factores biopsicosociales (Al-Aly et al., 2021).

Ambas condiciones médicas están a menudo acompañadas de síntomas afectivos y cognitivos. Entre los factores asociados se ha encontrado que un amplio grupo de pacientes con FB ha sufrido algún tipo de maltrato, sobre todo, durante la infancia (López et al., 2008). Los sucesos traumáticos, sobre todo en la niñez se presentan como un elemento recurrente en las investigaciones, indicando un posible efecto en la aparición de sintomatología. De hecho, las relaciones tempranas con la familia y su influencia en el desarrollo de psicopatología han sido objeto de interés desde distintas aproximaciones teóricas (Muñoz y Millan, 2018). Históricamente se ha puesto el énfasis en el análisis de las relaciones de apego, basándose en la teoría propuesta por John Bowlby.

Sin embargo, existe otra necesidad básica relacionada con el estatus en las relaciones interpersonales que se establece con las personas cuidadoras. En consecuencia, otra forma de estudiar las experiencias tempranas se basa en el recuerdo de los sentimientos y comportamientos de la persona objeto de estudio con relación al comportamiento de sus cuidadores. La escala de Experiencias Vitales Tempranas (ELES) (Gilbert et al., 2003) ha sido recientemente validada en población española (en muestras clínicas y no clínicas) y ha demostrado ser de utilidad para evaluar las experiencias vitales tempranas (de sumisión, amenaza y desvalorización), estudiar la relación entre dichas experiencias en diferentes manifestaciones psicopatológicas y establecer posibles modelos explicativos. De hecho, investigaciones actuales avalan que las experiencias tempranas de amenaza, sumisión y desvalorización se relacionan de forma significativa con la fatiga, las ideas de referencia y la saliencia aberrante, considerados como síntomas pseudopsicóticos. (León-Palacios et al., 2019). El factor de sumisión se ha asociado con la presencia de psicosis y de depresión (Gilbert et al., 2002). Se han hallado diferencias de género en ese sentido, siendo las mujeres las que tendrían puntuaciones más altas en ansiedad social, comportamiento sumiso y bajo poder social (Gilbert et al., 2005).

OBJETIVOS

Dadas la importante prevalencia de la fatiga y las diferencias existentes entre hombres y mujeres respecto a la misma su relación con experiencias vitales tempranas, se plantea investigar la relación entre dichas variables según el género.

Así, los objetivos de este estudio fueron: a) analizar las diferencias de género existentes en los valores de fatiga y experiencias vitales tempranas entre hombres y mujeres), b) buscar los posibles efectos mediadores de la sintomatología depresiva y la anticipación de la fatiga en esta relación, y c) probar diferentes modelos de mediación en hombres y mujeres para comprender mejor la relación entre estas variables y el papel de las variables intermedias en esta relación.

MARCO TEÓRICO

Cabe destacar que los síntomas similares a la sintomatología negativa (SN) están presentes en otros trastornos psiquiátricos (p. ej., trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático, algunos de los cuales se sabe que tienen psicosis comórbida) y neurológicos (en este contexto se los conoce comúnmente como apatía, siendo esta cualitativamente similar a la abulia y asocialidad en la esquizofrenia) (Foussias et al., 2014; Millan et al., 2014). De hecho, la SN se manifiesta en alrededor de un tercio de las personas con depresión mayor, diferenciándose del placer consumatorio (anhedonia) (Huxley & Fonseca, 2014). Para facilitar los avances en la detección, prevención y tratamiento, se justifican y acentúa la relevancia de una perspectiva transdiagnóstica en el estudio de la sintomatología negativa (la fatiga entre ellos).

Probablemente, las experiencias tempranas con la familia condicionen aspectos básicos del funcionamiento acerca de la tendencia a la fatiga (Kretschmer, 1966), como posible inicio de indicadores negativos, y de la desorganización que lleve a un estado atencional anormal y de interpretación de estímulos irrelevantes (Kapur, 2003; Reininghaus et al., 2016). Por lo tanto, la fatiga, entre otras variables, podría caracterizar parte del estado vivencial anormal global cercano a la descompensación psicótica.

Relacionado con lo dicho, aunque gran parte de la investigación citada ha estado centrada en los diversos diagnósticos de psicosis, para el estudio de las características y los estadios iniciales de estos trastornos, es preciso evaluar tanto a población general, con algún tipo de vulnerabilidad identificada para la psicosis, como los estados mentales de alto riesgo. Por lo mismo, la investigación debería dirigirse a aquellos procesos generales o anteriores a la aparición de la sintomatología positiva o negativa evidente (como es el caso de la fatiga) y así prevenir que se establezcan o agraven otros síntomas más inequívocos del proceso psicótico.

Para el desarrollo de este estudio adoptamos una perspectiva de continuo, planteando que estos procesos pueden analizarse en población clínica y no clínica, e incluso entre diferentes trastornos pudiendo ser procesos que hasta un determinado momento pueden no estar diferenciados, incluyendo los estados mentales de alto riesgo (McGorry et al., 2018).

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por 3027 personas, de las cuales 365 fueron pacientes y 2662 pertenecen a la población general. El 68.1% fueron mujeres, rango de edad de 15 a 86 años (M=28.39; DT=12.29). Globalmente, hubo mayoría de participantes de estado civil soltero

(74.5%), 21% casado o en pareja, 3.8% separado/divorciado y 0.7% viudo. En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de los participantes y los diagnósticos clínicos de los pacientes. Los diagnósticos los realizaron profesionales sanitarios (psicólogos/as clínicos/as, psicólogos/as generales sanitarios y psiquiatras) con amplia experiencia clínica siguiendo la categorización del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra y diagnósticos clínicos

| | Grupo comparación (n=2662) | Grupo pacientes (n=365) |
|-------------------------------|----------------------------|--|
| Sexo (% mujeres) | 67.7% | 71.2% |
| Edad (M, DT) | 28.06 (12.26) | 30.81 (12.26) |
| Rango edad (años) | 15-86 | 17-68 |
| Diagnósticos ¹ (n) | - | T. Depresivos= 28 T. Adaptativos= 10 T. Ansiedad= 54 Esquizofrenia y otros T. Psicóticos= 48 T. Bipolares= 14 T. Somatomorfos= 6 T. Alimentación= 4 T. Personalidad= 9 Otros ² =6 |

Nota: El número de pacientes que se indica en la tabla son los utilizados para los análisis teniendo en cuenta el diagnóstico. El resto de los pacientes proceden de dos estudios diferentes, pero no se dispone del desglose por diagnósticos. ²Otros: T. Disociativos= 1; otros aplicables al eje I= 2; T. Sexuales= 1; T. TDAH= 1.; T.Control impulsos= 1.

Instrumentos

Antes de la administración de las pruebas de evaluación, el grupo de participantes completaron un cuestionario sobre psicopatología previa y actual, prescripción de psicofármacos, sexo, edad y estado civil. Asimismo, realizaron los siguientes cuestionarios y escalas:

Cuestionario de Fatiga de Chalder (CFQ) (Chalder et al., 1993) evalúa la fatiga percibida como el conjunto de sensaciones subjetivas de cansancio, mayor esfuerzo o dificultad para iniciar y mantener actividades físicas (fatiga física) y mentales (fatiga cognitiva) que requieren motivación (Chalder et al., 1993). La escala consta de 14 ítems que evalúan la gravedad o intensidad de la fatiga percibida mediante dos factores, la fatiga física (ítems 1-8) y cognitiva (ítems 9-14). Cada

ítem se refiere a los últimos 15 días previos a realizar la prueba calificados en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1= estoy mejor de lo habitual, 2= no estoy mejor, 3= estoy peor de lo habitual, 4= estoy mucho mejor). La muestra en este estudio tuvo consistencia interna de $\alpha = .92$ para la escala global, $\alpha = .91$ para la escala física y $\alpha = .84$ para la escala mental o cognitiva.

Escala de Anticipación de la Fatiga (ESAF), mide la anticipación de la fatiga. Esta escala aún no está publicada y su validación está siendo desarrollada actualmente por el grupo de investigación. Evalúa la expectativa aprensiva ante la posibilidad de experimentar la fatiga y sus efectos. La escala se basa en la suma de las puntuaciones de nueve ítems con 5 alternativas de respuesta (1=nunca, 2= rara vez, 3= ocasionalmente, 4=a menudo, 5=siempre). Los ítems fueron seleccionados ad hoc a juicio de dos expertos de una lista de ítems sobre fatiga bajo criterios de representatividad y relevancia para la expectativa aprensiva del constructo de fatiga. La escala se correlacionó significativamente con otras medidas pertenecientes a la red nomológica del constructo como sintomatología depresiva, ansiosa y somática y ha mostrado valores predictivos significativos para esta sintomatología (Rodríguez-Testal et al., 2016). La consistencia interna para este estudio fue α de Cronbach= .91 para la escala total.

Versión abreviada de Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995; adaptación al español por Bados et al., 2005) es una medida de autoinforme del estado de afecto negativo de una semana, diseñada para para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Las personas encuestadas indican hasta qué punto experimentaron cada uno de los síntomas descritos en los ítems durante la semana anterior. Cada una de las tres escalas tiene 7 ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en una escala de 0 (no se aplica a mí en absoluto; nunca) a 3 puntos (se aplica a mí mucho; casi siempre). La puntuación de cada escala se calcula con la suma de los valores de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos. La versión de 21 ítems se desarrolló seleccionando los ítems de carga más alta de cada escala de la versión original de 42 ítems de la DASS. La estructura factorial del DASS-21 es estable, y sus escalas poseen buena validez convergente y discriminante, alta consistencia interna en muestras clínicas y no clínicas. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de sus escalas de depresión, ansiedad y estrés es de .81, .73 y .81, respectivamente. La consistencia interna para este estudio fue $\alpha = .91$ para la escala depresión, $\alpha = .87$ para ansiedad y $\alpha = .85$ para estrés.

Escala de Experiencias Vitales Tempranas (Early Life Experiences Scale, ELES) (Gilbert et al., 2003; adaptación al español por León-Palacios et al., 2019) Prueba que evalúa el recuerdo de la amenaza y la subordinación percibida durante la infancia en las relaciones familiares. La escala consta de 15 ítems y contiene tres factores principales: amenaza (ej.: "El ambiente en mi casa podía tornarse amenazante súbitamente y sin motivo aparente"), sumisión (ej.: "Me sentía nervioso/a porque no estaba seguro/a de si mis padres/madres podían enfadarse conmigo"), y desvalorización (ej.: "Me sentía capaz de hacerme valer en mi familia"). Los ítems se valoran en una escala tipo Likert de 1 (completamente falso) a 5 (completamente verdadero). La escala posee adecuada consistencia interna para sus tres factores en el trabajo original: amenaza ($\alpha=.89$), sumisión ($\alpha= .85$) y desvalorización ($\alpha= .71$). La consistencia interna para este estudio fue $\alpha = .92$ para la escala total y $\alpha = .85$ para la escala sumisión. Es importante destacar que el análisis de la invarianza del ELES mostró que la estructura factorial, la relación entre los ítems y sus factores

correspondientes son invariantes a través del género, lo que demuestra que la escala ELES es una medida conceptualmente apropiada que no genera una interpretación sesgada entre hombres y mujeres.

Procedimiento

Los datos se recopilaron de varios estudios utilizando procedimientos diferentes. El grupo de adolescentes realizaron las pruebas en grupos en sus escuelas durante el horario de clases. Del grupo de adultos, el alumnado universitario cumplimentó las pruebas en clase, mientras que el resto de participantes se reclutaron mediante muestreo de bola de nieve y cumplimentaron las pruebas con la supervisión de los y las estudiantes. La muestra de pacientes se recogió mediante un muestreo incidental de pacientes en una clínica de psicología privada y varios hospitales públicos. Los diagnósticos fueron realizados por profesionales de la psicología con más de 20 años de experiencia clínica. Para facilitar el análisis estadístico posterior, los diagnósticos primarios se agruparon en clases de diagnósticos, siguiendo el DSM-IV-TR (APA, 2000). La muestra total de participantes fue informada de los objetivos de la investigación y dio su consentimiento por escrito. Las personas responsables de los y las menores firmaron su consentimiento. El estudio siguió los preceptos de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité de ética

Análisis de datos

Todos los análisis de datos se realizaron con el software SPSS.21. En el modelo de mediación planteado se toman las experiencias vitales tempranas (ELES) como variable independiente, la fatiga (medidas por el CFQ) como variable dependiente y dos variables como posibles mediadoras: sintomatología depresiva (medida por DASS-21), y la anticipación de la fatiga (medidas por ESAF). El modelo teórico de mediación propuesto fue probado siguiendo las recomendaciones de Mackinnon et al. (2004), usando análisis de mediación múltiple con dos mediadores (sintomatología depresiva y anticipación de la fatiga) usando la macro PROCESS v4.0 (Hayes, 2017; Modelo 6) con bootstrapping. Los coeficientes se estimaron a partir de 10000 muestras bootstrap y todos los análisis se aceptaron con un nivel de significación de $p < .05$.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

Antes de aplicar el modelo de mediación, se utilizó el análisis de correlación para explorar las relaciones entre las variables a ingresar. Los resultados, en la Tabla 2, muestran asociación

positiva significativa entre todas las variables en estudio. estándar para explorar las relaciones entre las variables

Tabla 2

Correlaciones de Spearman entre las variables de estudio

| | 1. | 2. | 3. | 4. |
|-----------------------------------|----|--------|--------|--------|
| 1. Fatiga | - | .349** | .440** | .437** |
| 2. Experiencias vitales tempranas | - | - | .237** | .287** |
| 3. Expectativa de fatiga | - | - | - | .356** |
| 4. Sintomatología depresiva | - | - | - | - |

Nota: 1=CFQ; 2= ELES; 3= ESAF; 4=DASS-21; ** $p < .01$. (bilateral)

Seguidamente se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para verificar diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las medidas utilizadas. Respecto al sexo, tal y como puede verse en la Tabla 3, se encontraron diferencias significativas en la anticipación de la fatiga y la sintomatología depresiva, siendo ellas las que obtienen mayor puntuación, y en las experiencias vitales tempranas, siendo ellos quienes presentan puntuaciones superiores.

Tabla 3

Diferencias por sexos en las variables de estudio

| | Sexo | Rango promedio | p |
|----------------|--------|----------------|-----------|
| CFQ (N=3027) | Hombre | 1476.47 | .106 (ns) |
| | Mujer | 1531.59 | |
| ESAF (N=3027) | Hombre | 1456.87 | .014* |
| | Mujer | 1540.78 | |
| ELES (N=1881) | Hombre | 1001.48 | .003** |
| | Mujer | 918.20 | |
| DASS21 (N=864) | Hombre | 392.93 | .002** |
| | Mujer | 449.82 | |

Nota: * $p < .05$.; ** $p < .01$; ns = no significativo

A continuación, en cada grupo se plantearon diferentes modelos de mediación para poner a prueba la existencia de una posible relación entre las experiencias vitales tempranas y la fatiga. En este caso se eligió el de mayor porcentaje explicativo.

Análisis de mediación

De acuerdo a Barón y Kenny (1986), se deben cumplir cuatro condiciones para establecer un modelo teórico de mediación: El VI o predictor, debe estar relacionado con el VD o criterio; el predictor debe estar relacionado con las variables mediadoras; estos mediadores tienen que estar relacionados con la variable criterio una vez controlado el efecto de la VI. Finalmente, el efecto de la variable predictora sobre la variable criterio debe reducirse cuando se controla el efecto de las variables mediadoras. Los resultados del análisis de mediación múltiple se muestran en las Tabla 4 y 5.

Grupo de mujeres

Las experiencias vitales tempranas en mujeres tuvieron un efecto total significativo sobre la fatiga. Cuando la sintomatología depresiva y la anticipación de la fatiga se añadieron al modelo, el tamaño del coeficiente beta disminuyó hasta perder su significación. El efecto indirecto total fue estadísticamente significativo ($B=.196$, IC 95% [.153, .244]). Los resultados sugieren que la sintomatología depresiva y la expectativa de fatiga mediaron totalmente la relación entre las experiencias vitales tempranas y la fatiga en mujeres adultas. Como se muestra en la Tabla 2, los efectos indirectos las variables mediadoras fueron significativos, tanto en interacción como solos, siendo el efecto indirecto 2 más significativo que los otros como indicó el contraste de los mismos. El modelo global representó el 50.04% de la varianza en la puntuación total de la fatiga, ($R^2=.500$, $F(3, 596) = 198.991$, $p < .001$), con un tamaño del efecto grande (Cohen's $f^2 = 1.00$; Cohen, 1988). El modelo final obtenido se representa en la Figura 1.

Tabla 4

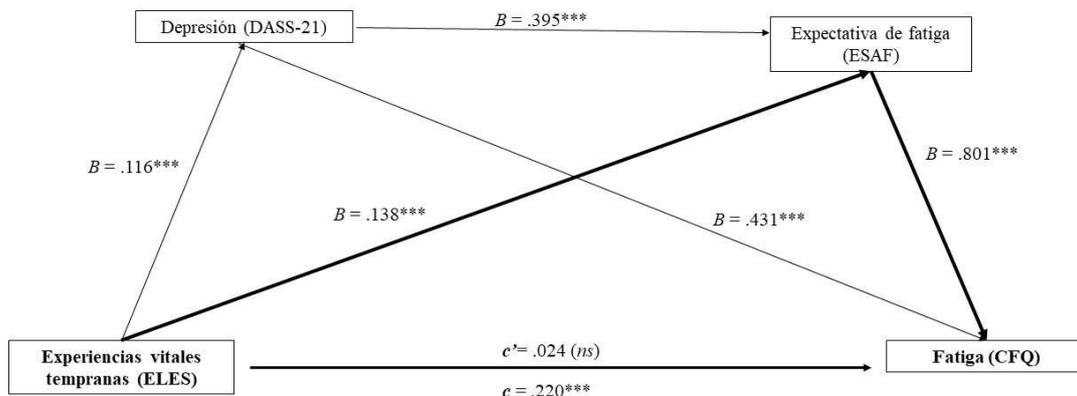
Efectos totales, directos e indirectos basados en 10000 muestras bootstrap (mujeres)

| | <i>B</i> | <i>E.S</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>IC 95% (inferior y superior)</i> |
|-----------------------------|----------|------------|----------|----------|-------------------------------------|
| <i>Efecto Total (X→Y)</i> | .220 | .028 | 7.783 | <.000*** | [.165, .276] |
| <i>Efecto Directo (X→Y)</i> | .024 | .023 | 1.045 | .2965 | [-.021, .069] |
| | | | | (ns) | |
| <i>Efectos Indirectos:</i> | | | | | |
| -1: <i>X→M1→Y</i> | .050 | .010 | | | [.032, .071] |
| -2: <i>X→M2→Y</i> | .110 | .020 | | | [.073, .150] |
| -3: <i>X→M1→M2→Y</i> | .037 | .007 | | | [.023, .052] |

Note: X= Experiencias vitales tempranas; Y= Fatiga D; M1= Depresión; M2= Expectativa de

fatiga D.; ns= no estadísticamente significativo (como lo demuestra un intervalo de confianza bootstrap que incluye el cero); IC= Intervalo de confianza; *** $p < .001$. Los coeficientes son no estandarizados.

Figura 1. Modelo de mediación propuesto y contrastado para mujeres. c' =efecto directo de X en Y; c = efecto total de X sobre Y; *** $p < .001$; ns=no estadísticamente significativo. La línea resaltada indica el efecto indirecto con mayor poder explicativo. Los coeficientes mostrados no están estandarizados.



Grupo de hombres

Las experiencias vitales tempranas en hombres tuvieron un efecto total significativo sobre la fatiga. Cuando la sintomatología depresiva y la anticipación de la fatiga se añadieron al modelo, el tamaño del coeficiente beta disminuyó, aunque siguió siendo significativo. El efecto indirecto total fue estadísticamente significativo ($B=.163$, IC 95% [.108, .220]). Los resultados sugieren que la sintomatología depresiva y la expectativa de fatiga mediaron parcialmente la relación entre las experiencias vitales tempranas y la fatiga en hombres adultos. Como se muestra en la Tabla 3, los efectos indirectos las variables mediadoras fueron significativos, tanto en interacción como solos, no siendo ninguno de ellos más significativo que otros como indicó el contraste de los mismos. El modelo global representó el 54.46% de la varianza en la puntuación total de la fatiga, ($R^2= .545$, $F(3, 259) = 111.97$, $p < .001$), con un tamaño del efecto grande (Cohen's $f^2 = 1.19$; Cohen, 1988). El modelo final obtenido se representa en la Figura 2.

Tabla 5

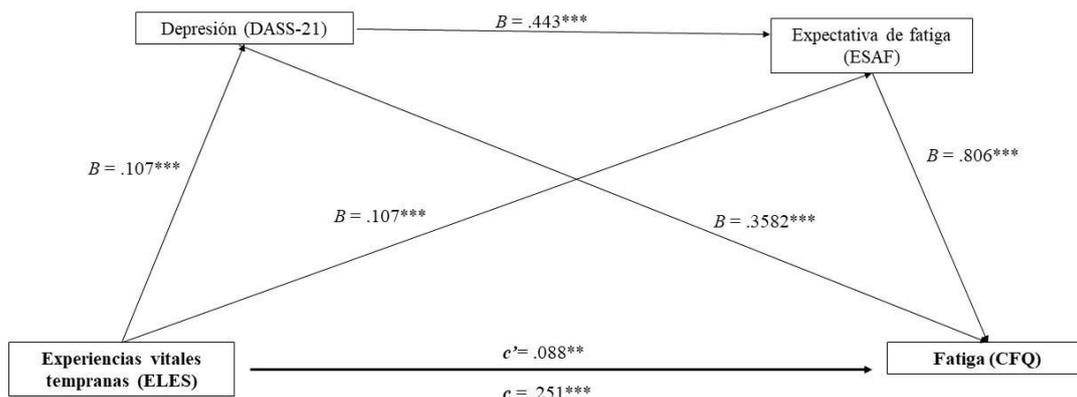
Efectos totales, directos e indirectos basados en 10000 muestras bootstrap (hombres)

| | B | E.S | t | p | IC 95% (inferior y superior) |
|----------------------------|------|------|-------|----------|------------------------------|
| Efecto Total (X→Y) | .251 | .039 | 6.439 | <.000*** | [.174, .327] |
| Efecto Directo (X→Y) | .088 | .030 | 2.960 | .003 ** | [.029, .146] |
| Efectos Indirectos: | | | | | |
| -1: X→M1→Y | .039 | .012 | | | [.018, .065] |
| -2: X→M2→Y | .086 | .023 | | | [.042, .132] |
| -3: X→M1→M2→Y | .038 | .012 | | | [.018, .063] |

Note: X= Experiencias vitales tempranas; Y= Fatiga D; M1= Depresión; M2= Expectativa de fatiga D.; ns= no estadísticamente significativo (como lo demuestra un intervalo de confianza

bootstrap que incluye el cero); IC= Intervalo de confianza; ***p < .001. Los coeficientes son no estandarizados.

Figura 2. Modelo de mediación propuesto y contrastado para hombres. c'=efecto directo de X en Y; c = efecto total de X sobre Y; **p< .01***p< .001; Los coeficientes mostrados no están estandarizados



CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS

En conclusión, pensamos que dos cuestiones importantes surgen de los hallazgos de nuestro estudio. Por un lado, parece que existe una mayor probabilidad de que aquellos hombres y mujeres

que hayan vivenciado experiencias de amenaza y subordinación en su infancia presenten fatiga en su vida adulta, especialmente si sufren sintomatología depresiva y anticipan la propia fatiga.

Por otro lado, en este estudio no se abordan relaciones causales por lo que las conclusiones se refieren a una mera relación entre variables que condicionan su extrapolación. Sin embargo, el análisis de mediación al menos sugiere una dirección en la relación entre las variables de estudio. En este sentido, las mediaciones alcanzadas son parciales para los hombres, lo que puede indicar que hay otras variables implicadas en este modelo propuesto; pero son totales para el grupo de mujeres. En ambos casos, especialmente en el grupo de mujeres, la anticipación de la fatiga fue la variable mediadora con mayor poder explicativo. En base a la literatura existente, puede afirmarse que no hay marcadores objetivos de fatiga o al menos no se conocen (Worm-Smeitink et al., 2017). Es por ello que este hecho es relevante pues permitiría identificar un estado previo a la experimentación de la fatiga, especialmente en mujeres, de modo que podría prevenirse e incluso llegar a evitarse. El instrumento que permite evaluar dicha expectativa de fatiga se encuentra en proceso de creación y validación actualmente por el grupo.

Hay algunos puntos débiles a tener en cuenta en este trabajo. Fue un estudio transversal que utilizó los conjuntos de datos de varios proyectos de investigación, por lo que muchos participantes no completaron todas las pruebas. La principal limitación, de cara a la generalización de los resultados alcanzados, es la obtención de la muestra, para lo cual se realizó un muestreo por accesibilidad para la recogida de la gran mayoría de los datos, pertenecientes a población universitaria. Esto da lugar a que la muestra utilizada pueda no ser representativa de la población general. Pese a ello, el gran tamaño de la muestra supone una de las principales fortalezas de este trabajo, teniendo en cuenta que participó un grupo clínico y que, en el grupo no clínico, también participó población no universitaria. Con todo, sería necesario introducir algunas modificaciones para constatar definitivamente la utilidad del modelo.

Por otro lado, dado que se trata de una propuesta amplia, la consideración de pacientes enriquece la relación entre variables y pretende no dirigirse a una categoría diagnóstica determinada. Sin embargo, si se contempla el riesgo a la sintomatología negativa únicamente, por ejemplo, en el espectro psicótico, este estudio tiene la limitación de abarcar diagnósticos muy diferentes.

Una propuesta de futuro relevante sería replicar este modelo en diferentes clases diagnósticas, en estados mentales de riesgo y condiciones clínicas como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica. Asimismo, en este estudio piloto no dividimos por factores, considerando los tres que conforman la escala ELES (amenaza, sumisión y desvaloración) y los dos que componen el CFQ (fatiga física y mental), pero sería interesante contemplar esta diferenciación para indagar en cuál podría tener mayor poder predictivo.

En resumen, consideramos que incluir la influencia de las experiencias vitales tempranas dentro del análisis de indicadores de síntomas negativos tan comunes como la fatiga puede tener un gran impacto en la implantación de estrategias para su prevención tanto en mujeres como en hombres. Del mismo modo, una vez más se remarca la necesidad de contemplar el género como factor diferencial en la investigación para así dar cabida a las diferentes vulnerabilidades que afrontan hombres y mujeres, favoreciendo una generalización más realista de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Al-Aly, Ziyad., Xie, Yan., & Bowe, Benjamin. (2021). "High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19". *Nature*, 594(7862), 259–264. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>

Alijotas, Jaume., Alegre, José., Fernández-Solà, Joaquim., Cots, Josep. M., Panisello, Joima., Peri, Josep M., y Pujol, Ramón. (2002). "Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya". *Medicina Clínica*, 118(2), 73–76. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72286-0](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72286-0)

Almulla, Abbas. F., Al-Hakeim, Husein. Kadhem., Abed, Mokhlad. Swadi., Carvalho, Andre. F., y Maes, Michael. (2020). "Chronic fatigue and fibromyalgia symptoms are key components of deficit schizophrenia and are strongly associated with activated immune-inflammatory pathways." *Schizophrenia Research*, 222, 342–353. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.003>

Bados, Arturo., Solanas, Antonio., y Andrés, Raquel. (2005). "Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS)". *Psicothema*, 17(4), 679-683

Chalder, Trudie., Berelowitz, G., Pawlikowska, Teresa., Watts, Louise., Wessely, S., Wright, D., & Wallace, E. (1993). "Development of a fatigue scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 147–153. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90081-p](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90081-p)

Foussias, George., Agid, Ofer., Fervaha, Gagan., & Remington, Gary. (2014). "Negative symptoms of schizophrenia: Clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders". *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 693–709. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.10.017>

Fuentes-Márquez, Sandra., Senín-Calderón, Cristina., Rodríguez-Testal, Juan. Francisco., y Carrasco-Ortiz, Miguel Ángel. (2015). "Perceived Experience of Fatigue in Clinical and General Population: Descriptors and Associated Reactivities." *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.11>

Gilbert, Paul., Cheung, M. S.-P., Grandfield, Tracey., Campey, F., & Irons, Chris. (2003). "Recall of threat and submissiveness in childhood: development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame." *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2), 108– 115. doi:10.1002/cpp.359

Gilbert, Paul., Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Miles, J. N. V. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, 71(1–3), 141–151.

Gilbert, Paul., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, Chris. (2005). "The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population." *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 124–133. doi:10.1002/cpp.438

Häfner, Heinz., Riecher-Rössler, Anita., Hambrecht, Martín., Maurer, Kurt., Meissner, S., Schmidtke, Armin., Fätkenheuer, Brigitte., Löffler, Walter., y van der Heiden, W. (1992). "IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia." *Schizophrenia Research*, 6(3), 209–223. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(92\)90004-o](https://doi.org/10.1016/0920-9964(92)90004-o)

Huxley, Adam., & Fonseca, Andrés. Sáez. (2014). "The relationship between anhedonia and positive, negative, and general symptomatology in patients with schizophrenia." *Issues in Mental Health Nursing*, 35(2), 122-126.

- Kapur, Shitij. (2003). "Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia." *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13–23. doi:10.1176/appi.ajp.160.1.13.
- Knoop, Hans., Prins, Judith. B., Moss-Morris, Rona., y Bleijenberg, Gijs. (2010). "The central role of cognitive processes in the perpetuation of chronic fatigue syndrome." *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 489–494. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.022>
- Kretschmer, Ernest. (1966/2000). *El delirio sensitivo de referencia* [Sensitive delusion of reference – Der sensitive Beziehungswahn, Springer-Verlag]. Triacastel, Madrid.
- León-Palacios, María Gracia., Garrido-Fernández, Miguel., Senín-Calderón, C., Perona- Garcelán, Salvador., Gilbert, Paul., & Rodríguez-Testal, Juan. Francisco. (2019). "Evaluación de las experiencias vitales tempranas: la escala ELES y su uso clínico." *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 105–203. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.304501>
- López Espino Manuel & Mingote Adán José Carlos. (2008) "Fibromyalgia". *Clínica y Salud [online]*.19(3):343–58.
- Lindeberg, Sara. I., Rosvall, Maria., y Östergren, Per. Olof. (2012). "Exhaustion predicts coronary heart disease independently of symptoms of depression and anxiety in men but not in women." *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 17–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.001>
- Lovibond, Peter., y Lovibond, S. (1995). "The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories." *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- MacKinnon, David. P., Lockwood, Chondra. M. y Williams, Jason. (2004). "Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods." *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128. doi: 10.1207/s15327906mbr3901_4
- McGorry, Patrick., Hartmann, Jessica. A., Spooner, Rachael., & Nelson, Barnaby. (2018). "Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry." *World Psychiatry*, 17(2), 133–142. doi:10.1002/wps.20514.
- Millan, Mark. J., Fone, Kevin., Steckler, Tomas., y Horan, William. P. (2014). "Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment." *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 645–692. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
- Muñoz Rodriguez, Laura., & Millan Torres, Martha Rocío. (2018). *Trauma complejo en la infancia como factor de riesgo para fibromialgia, revisión sistemática de la literatura.* Tesis inédita (pp 13-15).
- Natelson, Benjamin. H. (2019). "Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: definitions, similarities, and differences." *Clinical Therapeutics*, 41(4), 612-618. doi: 10.1016/j.clinthera.2018.12.016
- Orsat, Manuel., Ernoul, Adrien., Canet, Jöel., Grandin-Goldstein, Emmanuelle., y Richard-Devantoy, Stéphane. (2013). "La neurasthénie du xixe siècle au xxie siècle: figures et masques de la première maladie psychosomatique." *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(6), 357–361. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.09.016>

Reininghaus, Ulrich., Kempton, Matthew. J., Valmaggia, Lucia., Craig, Tom. K., Garety, Philippa., Onyejiaka, Adanna., ... Morgan, Craig. (2016). "Stress sensitivity, aberrant salience, and threat anticipation in early psychosis: An experience sampling study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 712–722. doi: 10.1093/schbul/sbv190.

Rodríguez-Testal, Juan. Francisco., Fuentes-Márquez, Sandra., Senín-Calderón, Cristina., y Carrasco, Miguel Ángel. (2016). "The mediating role of emotional symptomatology between anticipatory fatigue and the perception of fatigue." *Psicothema*, 28(2), 187-193

Sánchez, Ana. Goya Nakakaneku, M., Miró, Elena., & Martínez, Pilar. (2021). "Tratamiento multidisciplinar para la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica: una revisión sistemática." *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(2). *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 29, Nº 2, 2021, pp. 455-488 <https://doi.org/10.51668/bp.8321214s>

White, Peter. D. (2010). "Chronic fatigue syndrome: Is it one discrete syndrome or many? Implications for the "one vs. many" functional somatic syndromes debate." *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 455–459. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.008>

Worm-Smeitink, Margreet., Gielissen, Marieke., Bloot, Lotte., van Laarhoven, Hanneke., van Engelen, Baziel., van Riel, Piet., Bleijenberg, G., Nikolaus, Stephanie., & Knoop, Hans. (2017). "The assessment of fatigue: Psychometric qualities and norms for the Checklist individual strength." *Journal of Psychosomatic Research*, 98, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.007>